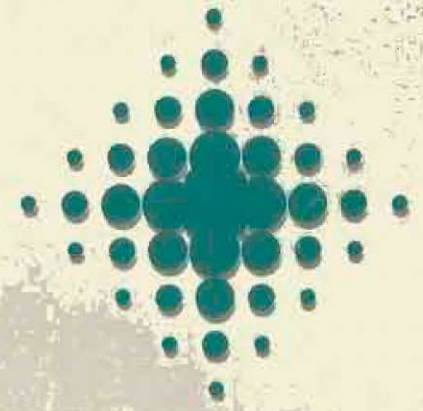
8

Synthèse critique

Les PUBLICATIONS DU QUÉBEC

La contribution informelle des femmes aux services de santé et aux services sociaux

Rita Therrien



COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX

WA
140
DC2.1
Q44
C734
1987
V.8

Québec

INSPQ - Montréal
3 5567 00002 5236

SANTÉCOM

8

Synthèse critique

Institut national de santé publique du Québec
4835, avenue Christophe-Colomb, bureau 200
Montréal (Québec) H2J 3G8
Tél.: (514) 597-0606

La contribution informelle des femmes aux services de santé et aux services sociaux

Rita Therrien

Institut national de santé publique du Québec
Bureau 200
Montréal (Québec) H2P 1P3
Tél. : (514) 597-0700

Ce document a été préparé dans le cadre du programme de recherche de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux qui en a autorisé la publication, sur recommandation de son comité scientifique. Les idées qui y sont exprimées ne traduisent pas nécessairement celles de la Commission. Le contenu et la forme - présentation, correction de la langue - relèvent de la seule et entière responsabilité des auteurs et auteures.

Cette publication a été produite par
Les Publications du Québec
1279, boul. Charest Ouest
Québec GiN 4K7

Conception graphique de la couverture:
Verge, Lebel associés inc.

(C) Gouvernement du Québec

Dépôt légal - 4e trimestre 1987
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN 2-551-08454-7

LA CONTRIBUTION INFORMELLE DES FEMMES AUX SERVICES DE SANTE ET AUX SERVICES SOCIAUX

RITA THERRIEN

Une synthèse dirigée et critique de
l'état des connaissances
préparée pour la Commission d'Enquête
sur les Services de Santé et les Services Sociaux

TABLE DES MATIERES

Page

1. Problématique..... 1

1.1 Les acteurs en présense et les débats importants 1

1.2 Le secteur informel et les femmes..... 4

2. Historique de la contribution des femmes à la santé et au bien-être de la population québécoise..... 9

2.1 Périodisation choisie..... 9

2.2 La société traditionnelle (avant 1850)..... 12

2.3 La période de transition (1850-1900)..... 17

2.4 La dominance de l'économie de marché (1900-1940) 23

2.5 Le développement de l'Etat-Providence (1940 jusqu'à maintenant)..... 30

2.6 Les tendances de l'évolution de la contribution des femmes à la santé et au bien-être de la population québécoise..... 40

3. Tendances actuelles de la contribution informelle et volontaire des femmes à la santé et au bien-être de la population québécoise..... 43

3.1 Les tâches habituelles..... 44

3.2 Les tâches accomplies quand il y a un problème.. 46

3.3 Les tâches volontaires de participation sociale. 51

3.4 La contribution informelle, un facteur de risque pour les femmes..... 54

4. Impact des politiques socio-sanitaires sur la contribution informelle..... 57

4.1 Les politiques en question..... 57

4.2 Les compressions budgétaires..... 59

4.3 La prévention et les soins en périnatalité..... 64

4.4 La politique de maintien à domicile..... 71

4.5 Pour une vision globale des problèmes de la condition féminine..... 78

5. Les tendances prévisibles dans l'avenir..... 81

5.1 Les tendances démographiques..... 81

5.2 Les tendances de la division du travail selon les sexes..... 84

5.3 L'Etat et le mouvement des femmes..... 87

6. Conclusion..... 91

7. Notes..... 94

8. Bibliographie..... 104

1. Problématique

1.1 Les acteurs en présence et les débats importants

Durant les dernières décennies, le secteur de la santé et des services sociaux a connu une croissance vertigineuse dans les sociétés industrielles avancées. En général, les citoyens ont réclamé et bien accueilli la multiplication des services qui en a résulté. Ils n'ont d'ailleurs pas été les seuls bénéficiaires de cette croissance. En effet, en assurant un accès universel aux services de santé, en élargissant les clientèles-cibles des services sociaux, les politiques gouvernementales ont contribué à accroître la taille des effectifs professionnels et des institutions dans lesquelles les services sont dispensés. Les professionnels, et en particulier les médecins, ont joué un rôle de premier plan dans cette croissance.

De nombreuses critiques ont été soulevées à l'égard de l'orientation de ce développement. Il favoriserait la croissance de la consommation, sans nécessairement se traduire par une amélioration correspondante de l'état de santé de la population. Il y aurait inflation des mesures curatives à court terme au détriment des mesures préventives, lesquelles seraient plus efficaces à long terme. On a aussi critiqué l'hégémonie des médecins qui résulterait de cette orientation, hégémonie qui renforcerait une conception du corps comme une

machine à réparer et la passivité des gens à l'égard de leur sante.

Le mouvement des femmes a été et demeure toujours très actif dans ce débat. Il a reproché à la médecine d'adopter une vision réductrice des problèmes des femmes, d'apporter souvent à ces problèmes des solutions technologiques potentiellement nocives, de médicaliser toutes les phases de la vie des femmes et, ainsi, de provoquer chez elles une perte d'autonomie.

Plusieurs de ces critiques émanant de sources très diverses ont abouti à la création de nouveaux services institutionnels ou alternatifs. La volonté de rationaliser l'organisation des services et d'implanter la prévention, la multidisciplinarité et une conception intégrée (bio-psycho-sociale) de l'être humain ont été, au Québec, à l'origine de la création d'un réseau de santé communautaire. Toutefois, ces services ont eu tendance à s'ajouter aux services déjà existants et ont élargi le domaine d'intervention des professionnels. C'est dire que le secteur institutionnel s'est accru, tout en conservant en grande partie ses caractéristiques initiales.

Enfin, un courant d'idées extrêmement important, celui des groupes d'entraide s'est ajouté au mouvement des femmes et a contribué à la création d'un réseau de ressources alternatives géré par des bénévoles. Le développement des services

professionnels a été vu par certains analystes, dont Ivan Illich, comme une force allant à l'encontre de l'autonomie des gens et créant une dépendance. Nés de revendications de groupes de bénéficiaires et très souvent de groupes de femmes, les groupes d'entraide, les centres de santé, les refuges ont foisonné, très souvent avec l'aide de subventions gouvernementales, mais surtout grâce au travail de bénévoles.

Bref, les coûts de la santé et des services sociaux se sont accrus constamment pendant les dernières décennies, les gouvernements tentant de répondre aux besoins exprimés par de larges secteurs de la population. Depuis quelques années, cependant, la conjoncture économique a entraîné des compressions budgétaires et un questionnement à l'égard de l'efficacité des services. Certains voient avec inquiétude l'Etat se développer de façon tentaculaire et craignent qu'il n'englobe toute la vie sociale en rendant superflue toute initiative privée, en se substituant aux réseaux d'entraide dits "naturels" (relations familiales, d'amitié, de voisinage), en favorisant la dépendance des gens à l'égard des services professionnels au détriment de leur capacité d'autonomie.

Ainsi, le domaine de la santé et des services sociaux comporte une multiplicité d'acteurs qui réclament chacun une part du gâteau et font valoir leurs intérêts sur la place publique. Il y a d'abord le secteur statutaire, constitué des

services dispensés par les organismes gouvernementaux ou para-gouvernementaux. La plupart des professionnels oeuvrent directement dans ce secteur ou sont placés sous le contrôle de ce secteur. Les professionnels dits "libéraux" (médecins, dentistes, pharmaciens, optométristes) sont à cheval entre ce secteur et le secteur qu'on pourrait désigner comme "privé" ou "commercial". Certains exercent leurs activités en tout ou en partie dans des institutions publiques et leur rémunération provient en tout ou en partie de programmes publics. D'autres exercent exclusivement en pratique privée, tout en recevant en tout ou en partie leur rémunération de programmes publics. Le secteur privé proprement dit comprend en particulier des compagnies fournissant des services ou de l'équipement, des compagnies pharmaceutiques, des agences sociales privées, des cliniques privées, des compagnies d'assurance. Les groupes qui oeuvrent dans le domaine de la santé ou des services sociaux sans but lucratif constituent le secteur bénévole. Enfin un dernier acteur, dénommé secteur informel, comprend l'ensemble des personnes qui, à titre de parents, d'amis ou de voisins, fournissent des services à leurs proches sans être rémunérés ou encadrés par une organisation.[1]

1.2 Le secteur informel et les femmes

En général, les voix qui se font entendre dans les débats publics proviennent des secteurs statutaire, privé ou

volontaire. Dans ces discours, le secteur informel apparaît très souvent à titre d'accusé : celui qui crée des problèmes par ses insuffisances ou celui qui se décharge de ses responsabilités sur l'Etat.

Etant par définition inorganisé, le secteur informel est beaucoup plus objet de discours que sujet faisant valoir ses droits. Pourtant, beaucoup de services reposent sur sa disponibilité. Par exemple, les politiques de maintien à domicile, de désinstitutionnalisation, de raccourcissement des séjours hospitaliers, les thérapies familiales, les services dispensés aux enfants reposent sur la disponibilité de l'entourage pour prendre soin des personnes malades ou en difficulté.

Or, la famille est la dispensatrice principale des soins dans une société et, dans la famille, ce sont les femmes qui ont pour tâche de s'occuper des autres. De par leurs activités domestiques, les femmes remplissent en effet plusieurs fonctions à l'égard de la santé et du bien-être de leur famille. La liste en est longue mais mérite d'être faite, étant donné qu'elle est le plus souvent méconnue : reproduction de l'espèce humaine, éducation et garde des enfants, alimentation de la famille, inculcation d'habitudes d'hygiène et entretien de l'hygiène familiale (des personnes et de l'environnement), entretien des biens de la famille, y compris des vêtements, prise en charge de l'achat de biens courants comme les aliments et les vêtements, entretien du réseau social de la

famille, initiative de la communication avec les institutions sociales (écoles, services sociaux et de santé, église), régulation des échanges affectifs au sein de la famille).[2]

Les travaux sur la distribution des tâches à l'intérieur de la famille démontrent que ces fonctions sont en général assumées par les femmes, leur conjoint n'y participant le plus souvent que de façon occasionnelle. Bien que les deux groupes n'y consacrent pas le même nombre d'heures, il est important de souligner que ces fonctions sont accomplies tant par les mères ou les conjointes qui participent au marché du travail que par celles qui demeurent exclusivement au foyer.[3]

L'aspect socio-sanitaire des fonctions accomplies dans la famille a été peu mis en valeur jusqu'ici, si ce n'est sous l'angle de son manque. Comme nous l'avons déjà souligné, lorsqu'il y a carence dans l'accomplissement de ces fonctions, les professionnels ont remarqué que des problèmes de santé physique ou mentale ou de délinquance apparaissent souvent. On s'est cependant peu attardé à regarder le même phénomène d'un autre point de vue et à souligner le travail positif accompli par les femmes en vue de maintenir les leurs en santé et de les aider à faire face aux problèmes qu'ils rencontrent.

Notre analyse vise à pallier à ce manque et à faire apparaître le rôle des femmes dans la famille en tant que productrices de santé et de bien-être des leurs et de dispensatrices

de soins en cas de maladies ou de problèmes psycho-sociaux. En effet, ces travailleuses silencieuses et non rémunérées sont rarement considérées comme des acteurs importants du système de santé. Aujourd'hui, on les accuse plutôt de manquer à ce qui est socialement considéré comme leurs obligations. Devant la montée des coûts de la santé et des services sociaux, plusieurs sont d'avis que la famille (sous-entendu : les femmes) devrait faire plus. Nous verrons ce que cela signifie pour les femmes.

Pour étudier la contribution actuelle du secteur informel, il est nécessaire d'adopter en premier lieu une perspective historique. Il existe en effet des liens organiques entre l'évolution des secteurs statutaire, privé, volontaire et informel. Les trois premiers secteurs se sont en effet développés en récupérant un certain nombre de tâches assumées à la maison par la mère de famille. Cette récupération a transformé ces tâches en les confiant d'abord à un secteur volontaire largement dominé par les religieuses, puis en les spécialisant, et en les confiant à des professionnels. Le développement contemporain de l'Etat et la croissance de l'industrie ont amené la dominance du secteur statutaire et l'avènement d'un secteur privé important. Nous regarderons cette évolution sous l'angle de la division du travail selon les sexes pour faire ressortir les grandes tendances historiques de l'évolution des fonctions socio-sanitaires occupées par les femmes dans les différents secteurs.

Par la suite, nous ferons ressortir l'ampleur de la présente contribution informelle des femmes. Puis, nous nous demanderons comment les politiques socio-sanitaires actuelles influencent cette contribution informelle et les conditions de vie des femmes. Enfin, nous tracerons les grandes lignes des tendances prévisibles de cette contribution dans l'avenir.

L'analyse présentée ici se veut une synthèse critique de l'état des connaissances dans ce domaine. Elle fait donc appel largement à des travaux de disciplines diverses dont elle tente de résumer l'essentiel, tout en les présentant parfois dans une nouvelle perspective.

2. Historique de la contribution des femmes à la santé et au bien-être de la population québécoise

2.1 Périodisation choisie

Depuis les débuts de la Colonie française d'Amérique jusqu'à maintenant, les tâches accomplies par les femmes dans les familles se sont modifiées au gré des changements socio-économiques vécus par la société québécoise. Cette évolution s'est cependant maintenue dans le corridor étroit d'une division du travail selon les sexes où les fonctions de maternage au sein de la famille ou sur le marché du travail sont remplies par les femmes et les fonctions de pouvoir sont assumées par les hommes.

L'avènement et l'expansion de la société industrielle ont entraîné une diversification et une spécialisation des fonctions socio-économiques. Le développement de la sphère marchande, la séparation du lieu de travail de la maison familiale, l'accroissement des connaissances et de leur importance sur le marché du travail ont eu des répercussions sur la famille et la place des femmes dans la société.

Jusqu'à tout récemment, les femmes ont été reléguées à la sphère domestique et ont connu un accès restreint au marché du travail en raison de leur fonction maternelle. Les professions, les connaissances théoriques, la formation dans des

domaines-clés se sont développées sans qu'elles puissent exercer d'influence sur leur orientation. Le pouvoir de l'Etat qui émerge et assume progressivement des fonctions de régulation des échanges sociaux et des institutions est un pouvoir dont elles sont exclues.

Dans le domaine de la santé et des services sociaux, cette division du travail selon les sexes se manifeste de façon très particulière. Les femmes se spécialisent dans les tâches non payées à titre de mères de famille ou de bénévoles. Mais la dominance de l'Eglise vient compliquer ce schéma. Pendant une très longue période de notre histoire, l'Eglise domine dans le secteur de la santé et des services sociaux et dans le domaine de l'éducation. Pendant cette période, elle constitue à elle seule, en milieu francophone, le secteur institutionnel et le secteur bénévole et se fait la championne des intérêts privés par opposition à ceux de l'Etat. Sa position de dominance lui a permis de contrôler et d'organiser la plupart des institutions de santé et de services sociaux et ce, à l'aide d'une armée de bénévoles parmi lesquelles dominent les religieuses organisées en communauté, à l'aide de fonds collectés auprès de la population ou encore de subsides gouvernementaux.

Par ce biais, les femmes accèdent à des fonctions importantes dans ce domaine et ce, en dehors de la famille. Mais jusqu'à quel point s'agit-il de positions de pouvoir? L'histoire de ces communautés religieuses se déroule sous la tutelle

du pouvoir ecclésiastique : les évêques, les curés ont très souvent provoqué les fondations de communautés de femmes ou sont allés les chercher en France, ils en ont fixé les règles de fonctionnement et les ont surveillées de très près.[1] Si certaines de ces femmes accèdent à des fonctions d'administratrices où elles font valoir de grands talents, elles n'accèdent pas à des fonctions de pouvoir dans l'Eglise en dehors des murs de leurs institutions. L'Eglise est en effet contrôlée essentiellement par les hommes. Enfin, la très grande majorité de ces religieuses forment avant tout une main-d'oeuvre dévouée, laborieuse et ne recevant que le gîte et le couvert en échange de ses travaux. Comme les positions-clés de pouvoir dans la société et dans les professions étaient fermées aux femmes laïques, certains auteurs interprètent cette expansion des communautés religieuses comme la seule voie d'accès pour les femmes à des postes qui autrement leur étaient fermés et comme une voie d'évitement des contraintes de la vie domestique.[2]

Nous verrons donc les grandes lignes de l'évolution des fonctions socio-sanitaires accomplies par les femmes dans les familles, en lien avec le développement des autres secteurs (statutaire, bénévole et privé).

Nous avons distingué quatre périodes :

La société traditionnelle (avant 1850) marquée par la

dominance de l'économie agricole, par l'importance de la famille et des relations de voisinage et par l'idée de la charité envers les indigents qui ne pouvaient être pris en charge par leur famille ou leurs voisins.

La période de transition (1850-1900) marquée par la transformation de l'économie familiale à travers le développement de l'économie de marché et par l'expansion des services sociaux et de santé organisés par l'Eglise, expansion encouragée par l'Etat québécois naissant.

La période de dominance de l'économie de marché (1900-1940) pendant laquelle la société industrielle atteint progressivement son plein régime et l'Etat commence à intervenir tout en laissant faire les initiatives privées.

La période de consolidation de l'Etat-Providence (depuis 1940) pendant laquelle une expansion économique favorise d'abord l'élaboration de politiques globales de sécurité et de justice sociale; mais une récession remet en question par la suite certaines de ces politiques.

2.2 La société traditionnelle (avant 1850)

La société traditionnelle du XVIIIe siècle et de la première moitié du XIXe siècle est marquée par la prédominance de l'agriculture et par la production de subsistance effectuée

dans les unités familiales. A part les agriculteurs qui peuvent exercer épisodiquement d'autres travaux comme la coupe du bois, la société rurale[3] (elle regroupe 85% de la population) comprend aussi des artisans et des notables, pour la plupart habitant dans de petits villages. Les seules villes dignes de ce nom sont Montréal et Québec. Ainsi, la vie sociale de cette époque repose avant tout sur les relations familiales et les relations de voisinage. A ce tableau, il faudrait évidemment ajouter celui de l'évolution du régime seigneurial. Mais cela n'entre pas dans notre propos.

Dans la famille rurale, les femmes produisent littéralement la santé des leurs. Elles s'occupent de l'alimentation à toutes les étapes : entretien du potager, soins des animaux de la basse-cour et de l'étable, transformation des produits de base en aliments consommables, préparation des repas. Les hommes sont responsables des travaux des champs et de certains travaux comme la coupe du bois. De plus, les femmes font l'entretien ménager de l'intérieur, produisent des vêtements, assurent l'hygiène de leur milieu, tâche d'autant plus lourde qu'il n'y a pas d'eau courante. Elles s'occupent aussi des enfants. Leur fécondité est très forte : selon les sources de Bélisle et Pinard, elle est d'un peu plus de huit enfants au XVIIIe siècle et de 7,8 enfants vers 1825. Même si tous ces enfants ne survivent pas, cela représente une lourde charge de travail. A cette époque, s'occuper des enfants, cela veut

dire assurer leur entretien physique et leur apprentissage à leurs tâches futures.[4]

Mais tout le monde ne vit pas selon ce modèle : il y a des célibataires, des veuves, des orphelins. Lorsque les femmes sont veuves ou célibataires, elles vivent dans la maisonnée d'un parent et accomplissent des tâches domestiques pour ce parent, ou encore elles exercent des activités rémunérées. L'éventail de ces activités est réduit, surtout avant le XIXe siècle : prendre des pensionnaires, tenir un commerce ou un cabaret, être domestique ou faire de la couture. De plus, elles peuvent se faire religieuses ou sages-femmes. A partir du XIXe siècle, de nouveaux choix s'ajoutent (celui d'être institutrice en particulier) mais la prostitution se développe en milieu urbain pauvre.[5]

Etant donné l'espérance de vie assez courte à cette époque, de nombreux enfants sont orphelins. De plus, de nombreuses veuves ou mères célibataires ne sont pas à même de nourrir leurs enfants. Quand la famille élargie ne peut les prendre en charge, ils sont placés chez des gens jusque vers l'âge de dix-huit ans à titre de domestiques et sans salaire. Dans certains cas, des parents trop pauvres pour nourrir leurs enfants recourent également à cette pratique. Les enfants illégitimes sont abandonnés : on les donne aux institutions religieuses, aux Indiens ou on leur cherche des parents adoptifs.[6] Enfin, lorsque surviennent la maladie, la vieillesse, des

guerres, la famille ou l'entraide de voisinage ne peuvent pas toujours fournir les soins ou l'aide nécessaire.

Contrairement à la croyance très répandue, il n'était pas habituel que les personnes âgées au Canada vivent dans la même maison que leurs enfants. Lorsqu'une maisonnée comprenait des membres autres que ceux de la famille conjugale, il s'agissait le plus souvent d'une fille adulte non mariée ou veuve, d'un parent âgé veuf ou de serviteurs.[7] La situation européenne était semblable à cet égard.[8] Les vieillards n'étaient donc pas nécessairement mieux traités que maintenant. S'ils étaient pauvres, si leurs enfants étaient pauvres, ils ne pouvaient compter que sur les religieuses.

Pour l'Etat colonial de l'époque, la santé et la sécurité sociale relèvent de la famille ou, à son défaut, de la charité. Il ne s'occupe que des cas d'exception (la famine ou les épidémies), de l'hygiène publique ou de ceux qui menacent l'ordre public (vagabonds, alcooliques). Il laisse le soin aux communautés religieuses de s'occuper des besoins des pauvres et des malades. Au début du XIXe siècle, il commence d'ailleurs à leur octroyer des subventions pour certaines catégories de nécessiteux : les orphelins, les fous et les infirmes.[9]

Les religieuses fondent des hôpitaux qui assument des fonctions polyvalentes et servent de refuge aux malades

physiques et mentaux, aux pauvres, aux vieillards, aux orphelins. En 1850, il y a 15 communautés de femmes au Québec, avec des effectifs de 650 religieuses.[10] La Conquête a affermi le pouvoir de l'Eglise en milieu canadien-français. Une bonne partie de l'élite est retournée en France, les Canadiens-français voient se construire une société politique dont ils sont exclus, les Anglais voient d'un bon oeil ce système d'assistance et de santé qui leur coûte peu.

Signalons de plus, au début du XIXe siècle, l'existence de quelques associations charitables (phénomène beaucoup plus marqué en milieu anglophone que francophone) et de timides débuts de responsabilités municipales dans le domaine de la santé et des services sociaux.

Du côté des professionnels, il faut souligner la présence des sages-femmes, des chirurgiens, des barbiers-chirurgiens, des médecins et des apothicaires. Il y a également les rameneurs qui sont très populaires.[11]

Etant donné la fécondité des Québécoises, la fonction d'assistance des accouchements est une fonction importante. Hélène Laforce dénombre 12 sages-femmes durant la période de 1650 à 1700 et 59 durant la période de 1780 à 1800.[12] Les chirurgiens sont les seuls médecins à s'occuper d'accouchements et ils n'interviennent qu'en cas de complications. Ils sont plus nombreux à cette époque que les médecins. Seulement

trois médecins français viennent dans la Colonie avant la Conquête. En 1712, il y a à Québec 36 chirurgiens-barbiers.[13] Il faut dire qu'il n'y a pas d'école au Québec pour former les médecins et que les professionnels sont formés par apprentissage auprès des praticiens. Une école de médecine s'ouvre au Montreal General Hospital en 1824 et devient le collège McGill en 1832. La première école francophone s'ouvre en 1843 à Montréal.[14]

2.3 La période de transition (1850-1900)

A la période de démarrage de la société industrielle, l'économie marchande pénètre l'économie domestique et en sape peu à peu les bases économiques. La majorité de la population est toujours occupée à l'agriculture, mais la société rurale change de visage et ne réussit plus à nourrir tout le monde. La famille ne produit plus tout ce dont elle a besoin : l'industrie a développé des articles de remplacement, des vêtements et des aliments en particulier. L'économie marchande pénètre à la campagne : la femme travaille souvent à domicile pour le marché (tissage au début) et la campagne développe une interdépendance avec la ville par l'extension du commerce.[15] Les hommes commencent à travailler dans les manufactures, des milliers de personnes quittent la campagne pour les villes ou les usines de la Nouvelle-Angleterre.

Ces changements affectent profondément la vie des femmes,

surtout en ville. La maison et le lieu de travail se séparent progressivement, la famille perd peu à peu ses fonctions productives, les femmes mariées sont peu prisées sur le marché du travail. Une division sexuelle du travail se développe où l'homme va à l'extérieur gagner la subsistance de sa famille et où la femme au foyer s'occupe de tâches domestiques excluant de plus en plus la production. A cette époque apparaît un culte de la domesticité qui affirme que la place des femmes est à la maison et que sa présence y est nécessaire au bien-être des siens. Les médecins, qui acquièrent de plus en plus d'influence, commencent à dire que les enfants ont besoin d'une présence continue de la mère et que l'hygiène rigoureuse du logement est nécessaire à la santé.[16] De plus, la participation des hommes au marché du travail développe chez eux des besoins de soutien émotionnel de la part de leur conjointe.

Dans les campagnes, les tâches domestiques des femmes changent moins qu'en ville. Même si on ne produit plus tout ce qu'on consomme et malgré certaines activités économiques nouvelles, on pratique toujours une agriculture de subsistance qui mobilise largement les énergies des femmes. Les personnes les plus affectées par l'industrialisation et son cortège de changements sociaux, économiques et idéologiques sont les migrants vers les villes.

Comme la campagne ne nourrit plus tout le monde, les migrants vers les villes sont au départ pauvres.

L'industrialisation signifie pour beaucoup une situation économique très précaire, une dépendance très grande envers un marché du travail saisonnier et envers des patrons qui paient des tarifs si bas que le seul salaire du conjoint ne permet souvent pas de nourrir toute la famille. Les contraintes idéologiques à l'encontre du travail des femmes s'avèrent si fortes que c'est d'abord aux enfants qu'on demande de compléter le revenu familial par un travail salarié. Si même alors le revenu est insuffisant, la mère va sur le marché du travail.[17] C'est dire que les emplois réservés aux femmes sur le nouveau marché du travail sont sous-payés et subalternes. La participation féminine à cette époque se maintient généralement à un taux inférieur à 15%. Les emplois les plus fréquents sont : domestiques, ouvrières en manufacture dont la moitié environ sont couturières, institutrices, cultivatrices, commis, vendeuses.[18]

Les femmes sont exclues des rangs de la profession médicale qui s'organise en corporation autonome en 1847 et commence son ascension vers le pouvoir dans le domaine de la santé. Au XIXe siècle, seule l'université anglophone Bishop accepte les femmes en médecine à partir de 1890, les autres universités ne le feront qu'au XXe siècle.[19] De plus, les sages-femmes sont progressivement exclues du domaine de l'obstétrique. Les sages-femmes passent d'abord sous la tutelle des médecins, on les exclut des écoles d'obstétrique, et on finit par ne les

tolérer qu'en région éloignée. Le dernier permis de pratique octroyé à une sage-femme au Québec l'est en 1940.

L'exclusion des femmes de la profession médicale et leur absence d'accès aux études supérieures sont très importantes pour comprendre l'évolution du marché du travail, tant en santé que dans les autres domaines. Les savoirs théoriques se développent et l'accès à l'université est une stratégie importante d'ascension sociale et de protection de leur marché pour les professions qui se développent avec la société industrielle. Dorénavant, l'acquisition d'habiletés par apprentissage est dévalorisée au profit de l'acquisition de savoirs théoriques dans les institutions supérieures d'enseignement. Pour acquérir une position avantageuse, il faut avoir accès à ces institutions et il faut contrôler le marché de façon à ce qu'il n'y ait pas de surproduction de diplômés. Les femmes sont doublement désavantagées à cet égard. N'ayant pas accès aux institutions supérieures d'enseignement au moment où les professions d'importance stratégique comme la profession médicale s'organisent, les femmes se voient enlever la possibilité d'accéder au savoir au moment où il commence à faire des bonds importants et elles ne peuvent orienter son développement en faisant valoir leurs préoccupations et leur savoir pratique de mères. De sujets, elles deviennent objets de connaissance. En santé, on ne leur réservera que la fonction d'infirmière que l'on prend soin de définir comme une fonction subalterne exercée sous le contrôle des médecins.

Si les femmes veulent sortir du foyer pour s'occuper des autres, elles peuvent toujours faire du bénévolat ou se faire religieuses. Dès la première moitié du XIXe siècle, des femmes d'origine bourgeoise fondent des oeuvres de charité, en milieu urbain, et les financent à l'aide de cueillettes ponctuelles. Mais ce sont toujours les religieuses qui dominent dans ce champ : M. Dumont dénombre la fondation de 21 nouvelles communautés de femmes entre 1840 et 1902; il y a 650 religieuses québécoises en 1850 et 6,628 en 1901.[20] En plus d'assumer la gestion des hôpitaux, des asiles, des orphelinats et des hospices et de fournir la plus grande part du personnel de ces institutions, elles prennent en charge une part de plus en plus grande de la sécurité sociale, au fur et à mesure que les problèmes sociaux se créent ou s'aggravent.[21] De plus, elles s'occupent de l'éducation des filles, ce qui permettra à ces dernières d'acquérir des diplômes et d'accéder à des occupations plus qualifiées au XXe siècle.

Les problèmes sociaux se multiplient à cette époque et la famille ne peut pas toujours y faire face. A Montréal, les familles ouvrières vivent souvent près du niveau de subsistance et sont à la merci d'une maladie, d'un décès ou d'un épisode de chômage. Il n'est pas étonnant de constater que la fécondité des Québécoises subit un déclin de 41 pour cent entre 1831 et 1891 et que certaines méthodes contraceptives se propagent.[22] En ville, les logements des quartiers ouvriers sont insalubres et exigus, les gens s'y entassent selon les avatars

de leur participation au marché du travail ou les épisodes de malchance. En fait, les liens familiaux sont souvent renforcés : dans certains cas, par obligation, on recueille des parents dans le besoin. Mais dans d'autres cas, les parents ne peuvent plus faire face à leurs obligations et placent leurs enfants à l'orphelinat ou chez un parent. A ce moment, les religieuses ou les bénévoles laïques s'occupent des enfants dans des refuges en les gardant de façon temporaire ou permanente. Ou encore elles fournissent du secours à domicile pour aider les familles à faire face à leurs problèmes.[23] La Société Saint-Vincent de Paul est créée en 1846 et d'autres sociétés de bienfaisance ou de secours mutuel tentent également de venir au secours des indigents.

L'Etat n'est pas d'un grand secours, il laisse faire les acteurs économiques et encourage les bonnes oeuvres. C'est seulement à partir de 1867 que nous pouvons parler d'un véritable Etat québécois et de ses responsabilités en matière de santé et de bien-être. Le gouvernement de l'Union intervenait déjà dans quatre domaines : aide financière aux communautés religieuses, législation forçant l'incorporation des oeuvres de bienfaisance, début d'organisation des asiles d'aliénés et début d'intervention en hygiène publique, surtout par la vaccination. Mais à cette époque, ce sont surtout les municipalités qui sont responsables de l'hygiène publique.

Mais, une fois créé, l'Etat québécois se contente de

jouer un rôle supplétif.[24] Il laisse le champ ouvert aux autorités municipales et encourage l'Eglise à développer ses activités. Mais les municipalités s'acquittent mal de leur rôle et certains événements comme des épidémies obligent l'Etat québécois à créer en 1886 le Conseil d'hygiène de la province de Québec qui oblige les municipalités à entretenir des bureaux de santé de façon permanente.

2.4 La dominance de l'économie de marché (1900-1940)

Dans la première moitié du XXe siècle, l'économie de marché supplante définitivement l'économie traditionnelle. L'émigration de la population rurale vers les villes se poursuit, les ruraux et leur mode de vie deviennent progressivement minoritaires. Malgré les changements, l'élite québécoise s'acharne à regarder vers le passé et à magnifier un mode de vie centré sur la société rurale, la religion et où la mère de famille nombreuse joue le rôle de la gardienne des valeurs traditionnelles.

La vie des femmes subit des mutations. Méme si leur taux de participation au marché du travail demeure restreint, leur vie familiale change de cadre et de caractère. La grande majorité demeurent toujours au foyer : en 1901, 12,9% des Québécoises travaillent à l'extérieur du foyer; en 1941, ce taux ne s'élève qu'à 20,7%.[25] La fécondité décroît : de 4,39 enfants en 1926, l'indice synthétique de fécondité des Québécoises

passe à 3,35 en 1940.[26] Durant cette période, la population urbaine supplante progressivement la population rurale : majoritaire au début du siècle (60,2%), la population rurale ne rassemble plus que 36,68% des Québécois en 1941.[27] Ainsi, l'image dominante de la vie domestique se confond de plus en plus avec celle de la condition féminine en milieu urbain.

Dans un cadre de vie réduit le plus souvent à un logement de quelques pièces, avec des revenus très souvent insuffisants, les Québécoises des villes continuent à exercer certaines fonctions comme l'achat de la nourriture et des vêtements, la préparation des repas, l'entretien de la maison. D'autres fonctions deviennent encore plus importantes : l'éducation des enfants, le soutien émotionnel du conjoint, l'entretien du réseau social de la famille. De nouveaux experts soulignent l'importance de l'influence maternelle sur le psychisme humain (psychanalystes) et prodiguent des conseils sur la bonne façon d'éduquer les enfants (pédiatres, psychiatres, psychologues, etc.).[28] La tâche d'éducation se fait donc de plus en plus sous la tutelle des professionnels, d'autant plus que la majorité des enfants fréquentent l'école à un âge de plus en plus avancé. On tente de revaloriser les fonctions des femmes et professionnaliser l'occupation de ménagère. Mais, comme le font remarquer Bélisle et Pinard, cela renforce l'idée que les femmes doivent apprendre ce qu'elles ont à faire sous la tutelle d'experts.[29]

Ainsi, si la fonction maternelle devient plus importante, l'expertise maternelle est dévaluée. Les tâches d'alimentation, de prévention, d'éducation deviennent plus importantes parce que le savoir se développe à leur sujet et qu'on commence à comprendre leur importance à l'égard de la santé physique et morale.

Les conditions de vie des femmes varient selon les milieux sociaux et, tout comme aux autres époques, leur labeur ne suffit pas à endiguer les ravages causés par la maladie et la pauvreté. Cette période connaît une guerre mondiale, une crise économique où le taux de chômage dépasse 30 pour cent au début de 1933, une tentative de colonisation de terres impropres à l'agriculture, une immigration importante de pauvres venus d'Europe,[30] des épidémies comme celle de la grippe espagnole, une très forte mortalité infantile, un problème important de tuberculose. Bref, la maladie et la pauvreté frappent de larges couches de la population et ces fléaux dépassent souvent les capacités d'adaptation des familles.

Même si l'Etat commence à intervenir un peu plus dans le domaine de la santé et des services sociaux, les activités des religieuses demeurent de toute première importance et le secteur bénévole féminin prend encore plus d'expansion.

De 1901 à 1941, les effectifs des communautés religieuses passent de 6,628 en 1901 à 25,488 en 1941.[31] Elles continuent

d'exercer les mêmes fonctions et elles le feront jusqu'au moment où l'Etat voudra les remplacer. Plusieurs commencent à acquérir une formation supérieure et peuvent ainsi ouvrir l'accès à l'éducation supérieure aux filles en fondant des écoles normales, des écoles d'infirmières et des collèges classiques. Elles seront parmi les premières à s'inscrire aux universités et à en faciliter ainsi l'accès aux Québécoises.

A la fin du XIXe siècle, le bénévolat féminin prend de l'expansion. Il s'agit d'abord d'oeuvres de charité, puis, d'une prise de conscience de la condition féminine et de défense des droits des femmes. Voyons le portrait que trace le Collectif Clio de cette époque.[32] Au début, les laïques québécoises s'associent à un mouvement pan-canadien (National Council of Women, fondé en 1893) en vue de promouvoir la justice sociale et de revendiquer des droits pour les femmes (éducation supérieure, capacités juridiques, droit de vote, etc.). Mais les Québécoises francophones s'identifient avant tout à la société canadienne-française. Cela les amène à fonder leur propre mouvement en 1907, la Fédération nationale Saint-Jean-Baptiste, et à s'occuper ainsi à la fois d'oeuvres de charité et de revendications de justice sociale pour les femmes, jusque dans les années '20.

De nombreuses associations féminines présentent des mémoires à la Commission Dorion, créée à la fin des années '20 pour étudier les droits civils des Québécoises. Les femmes

obtiennent peu de cette commission : elles n'auront le droit de vote qu'en 1940. Mais cela ne les empêche pas de collaborer aux oeuvres de secours aux chômeurs pendant la Crise économique. De nouvelles associations se fondent, signalons en particulier le Cercle des Fermières dont les activités se poursuivent encore aujourd'hui.

Les femmes participent également aux oeuvres paroissiales et diocésaines qui se développent à cette époque pour tenter de venir en aide aux victimes de la Crise économique. Les oeuvres de charité privées sont créées d'abord en milieu juif ou anglophone. Après plusieurs tentatives peu fructueuses de coordination diocésaine des oeuvres francophones paroissiales, la Fédération des Oeuvres de Charité Canadienne-française réussit à s'implanter dans les années '30.[33] Signalons également les efforts du milieu syndical pour améliorer les conditions de vie des Québécois, leurs formes directes d'organisation de secours mutuel et leurs pressions auprès des gouvernements pour obtenir des lois et des services pour venir en aide aux couches défavorisées de la population. De la seconde moitié du XIXe siècle jusqu'à maintenant ces efforts ont été considérables, mais leur histoire dépasse les cadres du présent travail.

Cette période voit la montée de la professionnalisation dans le champ de la santé et des services sociaux. Les médecins continuent leur ascension vers le pouvoir dans ce champ.

L'action des médecins hygiénistes consacre le triomphe de la science sur les épidémies et sur des aspects importants de la mortalité infantile (par la pasteurisation du lait en particulier). Après l'invention des vaccins, l'invention de médicaments efficaces contre les maladies infectieuses et diverses innovations comme la radiographie, le champ d'activité des médecins s'étend, de même que leur crédibilité auprès du grand public. Même si les médecins sont encore soumis à l'administration religieuse dans les hôpitaux, ils deviennent les experts en santé. Cette profession demeure encore longtemps fermée aux femmes, même si les portes des facultés de médecine s'ouvrent tranquillement (McGill : 1918, Montréal : années '30).

La seule profession vraiment ouverte aux femmes en santé est celle d'infirmière. Elle obtient le statut de corporation professionnelle en 1920. La formation se fait à l'hôpital, sous la direction de médecins. Mais les infirmières ont des problèmes de débouchés, étant donné que l'hôpital utilise le travail des étudiantes et des religieuses qu'il n'a pas à rémunérer. Elles doivent donc travailler en service privé. Le milieu anglophone innove dans ce domaine : l'Université McGill offre dès 1920 un diplôme aux infirmières. La travailleuse sociale apparaît également, mais sa professionnalisation ne se fera que plus tard.[34]

Selon l'historique présenté dans la revue Santé Société,[35] l'Etat québécois commence à s'occuper plus sérieusement du

secteur du bien-être social et à s'activer dans le domaine de la santé pendant cette période. En 1921, la Loi de l'assistance publique partage les coûts de l'hospitalisation des indigents entre Québec, les municipalités et les institutions de charité. On s'occupe aussi de médecine préventive. Le Conseil d'hygiène fondé en 1887 devient le Service provincial d'hygiène en 1922. Dirigé par des médecins, il s'attaque à la tuberculose, à la grippe espagnole, aux maladies vénériennes et à la forte mortalité infantile. Dans ce dernier domaine, se développent des activités de prévention prénatale au sein d'organismes bénévoles chapeautés par des médecins. Dans les années '30, les activités provinciales d'hygiène publique supplantent les activités municipales. On crée des cliniques néonatales et un service de visites à domicile.

La Crise économique multiplie les problèmes d'indigence et de santé et rend nécessaires une intervention de l'Etat et une réorganisation de la charité privée. L'Etat distribue des secours directs aux chômeurs, mais c'est une solution à très court terme. La Commission des assurances sociales instituée en 1930 fait diverses recommandations d'interventions, très peu sont suivies : la majorité des mesures demandées s'implanteront plus tard. On reconnaît les maladies industrielles dans la Loi des accidents du travail votée en 1931. On reconnaît aux associations bénévoles d'assistance à domicile le droit de recevoir des subventions. Mais ce n'est qu'en 1936 que le Québec accepte de participer au programme fédéral de pensions de

vieillesse qui existe déjà depuis 1927. En 1937, on vote une loi d'assistance aux mères nécessiteuses. Ce n'est qu'en 1941 que le gouvernement fédéral crée l'assurance-chômage.

2.5 Le développement de l'Etat-Providence (1940 jusqu'à maintenant)

Après la Deuxième Guerre mondiale, Duplessis prend le pouvoir pour une période de seize années pendant laquelle, malgré les bouleversements économiques, la politique québécoise restera stable. Le recours au nationalisme, l'opposition à Ottawa qui tente d'intervenir dans des domaines reconnus de juridiction provinciale bloquent les réformes. Pendant l'après-guerre, l'économie prend de l'expansion, le secteur tertiaire se développe, les classes moyennes prennent de l'importance, la consommation de masse s'installe.

A la mort de Duplessis commence la période généralement appelée la Révolution tranquille. On s'aperçoit qu'on doit adapter les institutions aux changements qui se sont produits à la période précédente et qui se poursuivent encore. On réforme l'enseignement, on assure l'accessibilité aux services de santé et on tente de doter l'Etat d'instruments de développement et de planification économique.

Par contre, en même temps que l'Etat atteint son plein régime de développement, une récession commence à se manifester

et s'installe dans les années '70. Pendant un bon moment, on poursuit les politiques déjà engagées mais, au coeur des années '80, on commence à réexaminer chaque programme public sous l'angle de ses coûts et de son efficacité.

Pour les femmes, c'est une époque de changements. Après avoir fait appel largement à leurs services pour remplacer sur le marché du travail les hommes partis à la guerre, on les renvoie au foyer. Elles obtiennent le droit de vote en 1940, et des allocations familiales peu après. On tente à nouveau d'imposer aux femmes le culte de la domesticité. Les mass media qui se développent de façon phénoménale après la guerre, en même temps que la consommation de masse, contribuent à imposer l'image de la ménagère de banlieue dans les années '50 et '60. Mais cette image ne correspond pas tout à fait à la réalité, car la participation des femmes au marché du travail s'accroît de façon très sensible.

Les données du Recensement du Canada montrent que ce taux de participation est passé de 22,9% en 1941 à 47,5% en 1981.[36] Cette participation massive permet une diversification des emplois féminins, même si ces emplois demeurent toujours dans des catégories spécifiques : employées de bureau, travailleuses des services, ouvrières et artisanes, professions libérales et techniciennes. En 1981, 80,3% des Québécoises en emploi sont concentrées dans trois catégories : soutien

administratif (36,4%), vente et service (22,2%) et professionnelles, techniciennes et scientifiques (21,7%).[37]

Cette augmentation de la participation féminine est beaucoup plus marquée chez les femmes mariées et séparées : leur taux de participation passe de 7% en 1951 à 33% en 1981. Chez les veuves ou divorcées, le taux passe de 16% à 23% et celui des célibataires demeure stable, autour de 58%.[38] Enfin, l'écart entre les revenus d'emploi des hommes et des femmes demeure important. En 1967, le revenu moyen d'emploi des Québécoises représentait 51% de celui des hommes, en 1979 il représente 55% de ce revenu.[39]

Cette augmentation de la participation des femmes au marché du travail ne modifie pas la répartition des charges familiales, car de nombreuses études démontrent que les femmes en emploi continuent à assumer la plus grande part des tâches familiales.[40] Elles y consacrent moins d'heures que les femmes au foyer, mais leur conjoint n'y participe en général pas tellement plus que le conjoint des femmes au foyer.

La taille des familles a diminué : l'indice synthétique de fécondité est passé de 3,46 enfants en 1941 à 1,53 enfants en 1982.[41] C'est dire que les Québécoises sont retenues de moins en moins longtemps à la maison par la présence d'enfants en bas âge.

Quant au contenu des tâches familiales, il s'est de plus en plus sophistiqué. Les activités de consommation se sont raffinées : il faut savoir comparer les coûts, les avantages et inconvénients des divers produits qui se sont multipliés; il faut acheter des tas d'appareils domestiques et connaître leur mode d'emploi. Il faut toujours acheter les vêtements, la nourriture, préparer les repas, entretenir la maison. Si le marché offre de plus en plus de produits alimentaires faciles à préparer ou d'appareils domestiques destinés à faciliter le travail ménager, il ne faut pas en conclure que ce travail demande moins de temps. En fait, les études montrent que le temps total consacré aux tâches ménagères n'a pas tellement diminué. Il faut aussi tenir compte du resserrement des normes de propreté et du raffinement des goûts en termes d'alimentation et de décoration intérieure.[42]

Les tâches d'éducation des enfants et de soutien émotionnel du conjoint suivent la même logique. D'une part, on a moins d'enfants et les unions sont plus instables, mais le risque de gâcher l'éducation de son unique enfant ou de rater son mariage rendent ces tâches particulièrement angoissantes. N'oublions pas que ces tâches s'ajoutent souvent à la journée de travail salarié!

Le pouvoir des experts est devenu de plus en plus grand avec le développement phénoménal des spécialistes de toutes sortes et l'amplification de leur influence par les mass-media

qui s'en font leur porte-parole. De plus, l'Etat leur offre des perspectives d'emploi nouvelles : il a en effet besoin de critères rationnels pour organiser et distribuer ses services, sélectionner les personnes ayant besoin d'aide et choisir la forme d'aide appropriée. Les mères sont inondées de conseils sur la façon de s'occuper de leurs enfants dans la vie de tous les jours, en cas de maladie ou de problèmes psycho-sociaux. Il leur faut s'informer, lire, écouter et tenter de faire la part des choses entre les discours contradictoires. Pour les femmes qui vivent avec un conjoint, la tâche de soutien émotionnel est devenue plus complexe. Les psychiatres, les psychologues, les sexologues, les revues populaires ont implanté l'idée qu'il y a des recettes pour réussir son couple. Le nombre accru des problèmes de santé mentale, le développement du savoir dans ce domaine, ont sensibilisé à l'importance des relations familiales pour l'équilibre affectif. Comme la mère est le plus souvent la régulatrice des échanges affectifs dans la famille, elle devient souvent la coupable désignée ou en sursis : elle se sent responsable quand des problèmes surviennent. Nous verrons au chapitre suivant l'étendue de la responsabilité actuelle des femmes dans ce domaine.

Les changements des rapports de force en politique, c'est-à-dire la montée de l'Etat-Providence et du pouvoir des experts, ont entraîné des changements radicaux dans le secteur bénévole et dans la participation des religieuses aux services sociaux et de santé.

Pendant la Guerre, les associations féminines foisonnent et s'activent dans tous les domaines : direction du travail des femmes, défense civile, ambulances, Croix-Rouge, services aux familles des soldats, collectes de fonds, participation à la distribution des carnets d'alimentation.[43] Pendant la période 1950-1965, à une exception près, il n'y a plus d'associations féministes. On participe plutôt à des associations mixtes de promotion de la justice sociale ou à des associations féminines comme le Cercle des fermières et l'Association féminine d'éducation et d'action sociale (AFEAS), fondée en 1966. Ces deux dernières associations forment un réseau de solidarité et de participation sociale en milieu rural ou parmi les femmes au foyer.[44] Ajoutons à ce tableau tout un réseau d'oeuvres paroissiales, de comités de parents dans les institutions d'éducation, d'oeuvres charitables patronnées par l'Eglise.

Pendant la même période, la dominance des religieuses dans le domaine de la santé et des services sociaux disparaît pour faire place à l'Etat et aux experts. Les communautés religieuses recrutent de moins en moins de membres, leur population vieillit, les départs sont très nombreux.[45] Les religieuses sont remplacées dans les institutions par les infirmières, les institutrices et les travailleuses sociales laïques.

Mais, si ce changement permet aux travailleuses d'être toujours majoritaires dans le personnel professionnel en santé

et dans les services sociaux, il faut voir qu'il s'agit quand même de fonctions subalternes et que les postes de plus haute responsabilité sont assumés par les hommes. Le nouveau pouvoir est en effet assumé par les technocrates et les médecins.[46] De nouvelles professions para-médicales se créent, mais les médecins gardent le contrôle sur leurs actes, même dans les équipes multi-disciplinaires. Dans les professions à dominance féminine (infirmières, travailleuses sociales), la hiérarchie qui s'est instaurée en contexte bureaucratique amène souvent les hommes à dominer aux plus hauts postes.[47]

Dans le domaine de la santé, la dominance des médecins recouvre une dominance d'une profession très majoritairement masculine sur des occupations ou professions majoritairement féminines. Pour comprendre ce phénomène, il faut se rappeler que la santé est un champ où existe une division du travail très poussée et contrôlée par quelques professions, dont surtout les médecins et les dentistes. Le Code des professions leur garantit non seulement la protection de leur champ d'activité mais aussi le pouvoir de contrôle sur d'autres professions.[48]

Citons quelques chiffres pour illustrer cette dominance hommes/femmes. Dans les occupations suivantes, les taux de féminité en 1981 étaient, au Québec, de :

. 27,0% pour les médecins, dentistes et autres spécialistes;

. 91,2% pour les infirmières autorisées diplômées;

. 77,6% pour les infirmières auxiliaires et aides-infirmières.[49]

Au total, 73,3% des travailleurs de la santé sont des femmes en 1981.[50] Et même à l'intérieur de chacune des catégories occupationnelles, les caractéristiques des tâches en termes de correspondance aux rôles sexuels traditionnels introduisent des clivages sexuels et des différences de rémunération, bien sûr au détriment des femmes.[51]

Le phénomène de la ségrégation du marché du travail selon les sexes, le pouvoir des médecins sur le corps des femmes ont été des thèmes importants dans l'éclosion du mouvement féministe depuis la fin des annés '60. Depuis cette période, la contribution bénévole la plus importante des Québécoises s'est faite sous l'impulsion du mouvement féministe. Les revendications ont touché tous les domaines de la vie des femmes et ont mené à des percées importantes. Nous verrons dans le prochain chapitre certaines réalisations du mouvement féministe dans le domaine de la santé et des services sociaux.

Le rôle de l'Etat québécois est fortement marqué avant les années '60 par la présence de Duplessis et par les incursions de l'Etat fédéral dans le domaine de la santé et des

services sociaux. Ottawa propose diverses mesures visant à développer une politique de sécurité sociale et à remplacer la mentalité d'assistance par celle de justice sociale. On veut assurer les gens contre les risques de maladie, de chômage et de vieillesse et les faire accéder à un niveau de vie décent. Dès les années '40, les projets de loi se succèdent. Au début des années '50, Ottawa réussit à imposer la notion de sécurité de la vieillesse. Duplessis résiste tant qu'il peut, cherchant à financer un système qu'il veut à l'image qu'il se fait de la réalité québécoise.

Durant les années '60, l'Etat québécois se développe en se donnant des outils pour l'intervention économique et sociale. Les lois, les commissions d'enquête se succèdent. En s'affirmant, en prenant des initiatives, on réussit à négocier avec Ottawa. A la fin des années '60, les Québécois jouissent non seulement de l'accessibilité universelle aux hôpitaux, mais aussi de l'accessibilité aux services médicaux, d'un régime de retraite, d'un système d'aide sociale administré par l'Etat québécois.[52]

Dans les années '70, les gouvernements successifs appliquent une politique globale qui résulte en grande partie des travaux de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (Castonguay-Nepveu). Cette politique s'inspire d'un concept de santé globale qui comprend autant les notions d'hygiène, d'alimentation, d'habitudes de vie, de santé

physique et mentale que d'accès à un revenu suffisant. On vise à corriger la dominance de la médecine curative par la mise sur pied d'activités de prévention et de réadaptation et par la création d'équipes multidisciplinaires. On crée de nouvelles institutions pour réaliser ces nouveaux mandats, pour gérer le tout et pour favoriser une décentralisation par la régionalisation des services. On crée, coup sur coup, le ministère des Affaires sociales, les Centres locaux de services communautaires, les Départements de santé communautaire, les Conseils régionaux de la santé et des services sociaux. On tente de contrôler le développement des professions par la création de l'Office des professions du Québec. Un réseau d'institutions s'adresse aux personnes en difficulté ou ayant besoin de protection : Centres de services sociaux, Centres d'accueil qui remplissent des fonctions d'hébergement ou de réadaptation.[53] De plus, plusieurs organismes bénévoles reçoivent des subventions gouvernementales.

Rappelons enfin que la croissance des institutions hospitalières, l'innovation technologique et l'accessibilité générale aux institutions de santé et aux services des médecins ont favorisé la croissance d'une industrie privée, en particulier celles des médicaments et des appareillages techniques de toutes sortes utilisés dans les hôpitaux et les cabinets professionnels des médecins, dentistes et optométristes. On a tendance à en parler peu, d'autant plus qu'il s'agit d'industries fortement dominées par les multinationales. Le mouvement

des femmes, surtout aux Etats-Unis, a beaucoup critiqué l'orientation que cette industrie imprime aux soins prodigués aux femmes par les médecins.

2.6 Les tendances de l'évolution de la contribution des femmes à la santé et au bien-être de la population québécoise

La synthèse de l'évolution passée de la contribution des femmes à la santé et au bien-être des Québécois nous a permis de déceler un certain nombre de processus historiques et un questionnement à l'égard de leur évolution future.

Nous avons pu mettre en évidence les processus suivants :

(1) Dans le secteur informel, il y a eu réduction de l'éventail des tâches accomplies par les femmes dans les familles. Cette réduction s'est accompagnée d'un processus ambigu de revalorisation idéologique de certaines tâches. Cette revalorisation s'est effectuée sous la tutelle d'experts professionnels surtout masculins et a servi de prétexte au confinement des femmes au foyer ou à leur ségrégation sur le marché du travail dans certaines tâches considérées comme plus compatibles avec leurs fonctions familiales. C'est dire que la valorisation idéologique a masqué

une subordination et une dévalorisation des compétences des femmes.

(2) Avec l'industrialisation s'est développée une division du travail entre les sexes où les femmes se voient attribuer les tâches familiales et la plus grande partie de la participation sociale bénévole dans des activités nécessitant beaucoup de dévouement mais apportant peu de pouvoir politique ou économique. Elles se voient aussi utilisées sur le marché du travail selon les besoins de l'économie et à des fonctions subalternes dans la division du travail.

(3) Le développement d'un secteur statutaire contrôlé par l'Etat se traduit pour les femmes par une série de pertes et de gains. Dans la mesure où l'Etat remplace les communautés religieuses par des technocrates et des professionnels et que les fonctions importantes échoient surtout aux hommes, il y a perte de pouvoir pour les femmes. De plus, le savoir utilisé par ces experts s'est développé sans que les femmes aient pu l'influencer par suite de leur exclusion des universités et des professions-clés à un moment stratégique. Le savoir technocratique s'appuie donc sur une vision masculine de la réalité. Par contre, par le développement de programmes sociaux, l'Etat permet à certaines femmes dans le besoin de survivre en

dehors de la tutelle familiale et de vivre une maternité en dehors de la famille patriarcale. De plus, par son rôle d'employeur, il a développé un secteur où se sont ouvertes de nouvelles perspectives d'emploi pour les femmes.

Comme nous avons pu le constater, ces tendances présentent un caractère ambigu, contradictoire. Les femmes ont moins de tâches à accomplir dans la famille, mais ces tâches sont plus complexes. Les connaissances contemporaines mettent en évidence l'importance de leur rôle dans la famille, mais les experts agissent comme si les femmes avaient besoin d'être guidées dans toutes leurs activités quotidiennes. Les femmes ont réussi à sortir de la dépendance complète envers le conjoint dans la famille en accédant au marché du travail et à certains droits et programmes sociaux. Mais elles ont gagné une place de seconde zone, une double journée de travail et, peut-être, une place précaire, étant donné qu'elles ont traditionnellement servi d'"armée de réserve au travail" : elles ont été les dernières embauchées et souvent les premières renvoyées à la maison. Enfin, leur participation sociale présente le même caractère que leur participation au marché du travail : elles construisent un secteur d'activité, puis on le reprend en les écartant du pouvoir. C'est arrivé aux sages-femmes, c'est arrivé aux religieuses, c'est arrivé pour bon nombre d'oeuvres de charité.

Nous verrons plus loin quels rôles remplissent les politiques socio-sanitaires actuelles à l'égard des femmes et dans quel sens elles pourraient faire évoluer les tendances mises en évidence par l'analyse historique.

3. Tendances actuelles de la contribution informelle et volontaire des femmes à la santé et au bien-être de la population québécoise

Nous avons déjà identifié un certain nombre de tâches remplies par les femmes dans les secteurs informel et volontaire. Voyons maintenant en quoi ces tâches contribuent à la santé et au bien-être des autres. Nous pourrons par la suite examiner l'impact des politiques socio-sanitaires sur ces tâches et sur celles qui les accomplissent.

Les tâches non payées accomplies actuellement par les femmes à l'égard de la santé et du bien-être des autres se divisent en trois catégories. Certaines concernent les tâches habituelles et quotidiennes accomplies dans le cadre de leur famille. D'autres consistent en tâches de dispensation de soins et services en cas de maladie, d'incapacité ou de crise d'un membre de la famille. Les dernières regroupent les tâches volontaires de participation sociale. A strictement parler, seules les deux premières catégories peuvent être désignées comme informelles, la dernière s'exerçant dans le cadre d'organisations.

3.1 Les tâches habituelles

Dans le cadre de leurs activités quotidiennes, les femmes accomplissent plusieurs fonctions qui concourent au maintien de la santé des membres de la famille nucléaire et, dans certains cas, de leur famille étendue :

- éducation à la santé : transmission de valeurs, attitudes, habitudes, ou savoirs propices à la santé et au bien-être;

- entretien quotidien du bien-être physique des membres de la famille : alimentation, soins corporels, hygiène de l'environnement, entretien des vêtements, etc.;

- entretien du bien-être psychologique des membres de la famille : régulation des échanges familiaux, attention aux besoins des autres, etc.;

- entretien du réseau familial de relations avec la famille étendue, les amis, le voisinage.

Certaines habitudes relatives à la santé s'acquièrent très tôt dans le milieu familial, l'hygiène et l'alimentation en particulier, en général sous l'influence de la mère. On y apprend aussi la façon de reconnaître certains symptômes et comment y réagir. Les influences d'autres sources se greffent

le plus souvent à cette influence initiale. Par exemple, dans une étude américaine, les répondants ont identifié leurs parents (41,7%) comme première source d'attitudes et de valeurs relatives à la santé, le (la conjoint(e) venant en second (15%) ex aequo avec le personnel de santé (15%), les mass media venant en dernier (8,3%).[1]

L'entretien quotidien du bien-être physique et psychologique des membres de la famille découle des tâches d'entretien ménager et de soutien émotionnel dont nous avons déjà abondamment parlé.

L'entretien du réseau des relations familiales peut prendre la forme de simple fréquentation, d'aide occasionnelle ou de contacts par téléphone ou par lettre. Contrairement à ce qu'on pense, les relations familiales demeurent importantes dans la société actuelle. Ainsi, un sondage mené en 1982 auprès d'un échantillon de 526 femmes au foyer québécoises montrait que, dans le mois précédant l'enquête, seulement 16,4% des répondantes n'avaient vu aucun membre de leur famille alors que 52% avaient eu quatre rencontres ou plus, c'est-à-dire au moins une fréquentation hebdomadaire.[2]

Une enquête française donne une idée de l'ampleur de l'entraide familiale. Les ménages interrogés recevaient de l'aide de leurs parents sous diverses formes et notamment : hébergement des enfants pendant les vacances (46%), aide

domestique de la mère de la répondante (7%), de sa belle-mère (4%) ou d'une collatérale (7%), garde des enfants le soir (11%) ou quand la mère travaille (5%). Les échanges se font aussi dans l'autre sens : 10% aidaient les parents de la femme et 11% ceux du mari. Les pourcentages cités ne s'additionnent pas.[3]

Les études des relations entre les générations portent généralement sur les relations mères-filles parce que ce sont les filles qui s'occupent habituellement des parents âgés, et que les personnes âgées sont plus souvent des veuves, étant donné l'espérance de vie plus élevée des femmes.[4] Quand on sait l'importance du réseau de soutien social pour la santé des individus, tant pour les immuniser contre le stress que pour les aider à réagir aux situations stressantes,[5] on comprend l'importance des tâches assumées en grande partie par les femmes.

3.2 Les tâches accomplies quand il y a un problème

Un grand nombre de fonctions sont accomplies dans la famille quand un problème se manifeste chez un de ses membres. On reconnaît généralement que les femmes sont le plus souvent les personnes responsables des fonctions suivantes, à titre de mères, d'épouses, de filles ou de belles-filles :[6]

. reconnaissance de symptômes indiquant un problème ou

une maladie chez un membre de la famille, et corrollairement, définition et étiquetage des symptômes;

. décisions à l'égard de l'opportunité de traiter ou non un symptôme et de la façon de le traiter;

. démarches en vue de la recherche et de l'utilisation des services disponibles, négociations avec les services s'il s'agit d'enfants ou de personnes ayant des problèmes de mobilité physique ou des problèmes mentaux;

. traitement à la maison de la plupart des cas, avec ou sans aide professionnelle;

. soutien quotidien ou occasionnel de personnes en difficulté de la famille nucléaire ou étendue.

La mère est ordinairement la personne la mieux informée dans la famille à propos de tout ce qui a trait à la santé, de par la socialisation reçue dans son enfance et son adolescence, et parce que les politiques de prévention et les mass-media dirigent en priorité ces informations vers elle. Elle est souvent la première à dépister chez les enfants les premiers signes d'une maladie ou d'un problème.

La décision quant à la gravité du problème et à l'opportunité de recourir à des services professionnels se prend aussi

dans la famille. Lorsqu'il s'agit d'un enfant, c'est le plus souvent la mère qui prend ce type de décision. Une femme peut aussi le faire pour des membres adultes de sa parenté qui sont en difficulté, elle peut à ce moment jouer le rôle de conseillère, fournir de l'aide, prendre le problème en mains ou aider à trouver de l'aide professionnelle. Les enquêtes de santé réalisées auprès des populations nous apprennent que la majorité des problèmes de santé ne mènent pas à la consultation de professionnels : la proportion varie de 65% à 85% selon les enquêtes.[7] C'est dire que le problème est traité le plus souvent par des mesures comme le repos ou l'auto-médication. S'il s'agit d'un enfant, c'est la mère qui le garde, le surveille, choisit le traitement, négocie avec le médecin, si elle juge nécessaire de recourir à ses services. Elle prend alors rendez-vous et accompagne l'enfant. L'enquête de Litman déjà citée montre que la décision de rechercher de l'aide professionnelle est prise dans 64,7% des cas par la mère ou l'épouse, dans 15,7% des cas par le mari et dans 13,1% des cas par les deux conjoints.[8]

Souvent, la famille essaie de résoudre elle-même le problème et fournit de l'aide à la personne en difficulté, ce qui remplace ou retarde le recours à l'aide professionnelle. L'aide familiale peut se présenter sous forme d'aide matérielle, de soutien émotionnel, de services divers, etc.

Enfin, lorsqu'un professionnel est consulté pour un

enfant, la mère est le plus souvent celle à qui on fait les recommandations et celle qui voit à appliquer le traitement, surveiller le repos ou la prise de médicaments, effectuer les visites à l'hôpital ou faire exécuter les exercices de réadaptation.

Quand la maladie ou le problème est chronique, la participation des femmes de la famille est encore plus lourde. Nous avons déjà vu que le réseau social de la famille nucléaire comprend dans la majorité des cas une fréquentation régulière des membres de la famille étendue et une entraide entre les générations. Plus les parents avancent en âge, plus les échanges se renversent, les enfants apportant de l'aide aux parents âgés.

Une étude américaine estime la proportion de personnes âgées non institutionnalisées ayant besoin d'une forme quelconque de soutien à près d'un tiers : 8 à 10% seraient dans un état d'incapacité fonctionnelle, 10% seraient alités ou peu capables de sortir de leur maison, 6 à 7% auraient une mobilité réduite. En général, les évaluations américaines faites dans les années '70 varient de 25% à 41%.[9] Le plus souvent, la fille ou l'épouse, ou les deux à la fois, fournissent les soins. Dans la plupart des cas, l'épouse est plus jeune que son conjoint et les femmes ont une plus grande espérance de vie : elles ne font que remplir leurs rôles d'épouse et de ménagère jusqu'à la fin. Dans certains cas, on héberge carrément

un membre de la famille élargie. Ainsi, l'enquête déjà citée sur les femmes au foyer du Québec montre que 6% des répondantes hébergaient un membre de leur famille élargie, le plus souvent des parents ou des beaux-parents.[10] Mais dans la majorité des cas, l'aide fournie est ponctuelle et n'implique pas une prise en charge des personnes âgées par leur famille.

Par contre, les enfants en bas âge nécessitent des soins particuliers et une présence continue. Etant donné l'insuffisance criante des places en garderie, les femmes en emploi doivent affronter des difficultés d'organisation énormes, des craintes et des sentiments de culpabilité. Et cela s'ajoute au fait que, lorsqu'elles reviennent à la maison, elles doivent s'occuper d'eux et leur consacrer la plus grande part de leurs heures de loisir. Une catégorie de mère rencontre cependant des difficultés encore plus grandes, celle des mères d'enfants handicapés.

Quelle est la proportion des enfants québécois touchés par des handicaps? Des données en provenance du ministère de l'Education du Québec évaluaient en 1981 la proportion d'enfants éprouvant des difficultés d'adaptation et d'apprentissage dans les écoles primaires à 10,3%. La déficience mentale et la mésadaptation sociale représentent au total 12,6% des problèmes identifiés, alors que les troubles légers et graves d'apprentissage totalisent 80% des problèmes.[11] Les handicaps ne présentent pas tous le même degré de gravité et l'école

fournit de toute façon une aide à cette population, du moins tant qu'elle est d'âge scolaire. Mais quelle que soit la nature du problème, il est évident que l'éducation de ces enfants occasionne des difficultés particulières à leur famille.

Plus le handicap est grave, plus les efforts physiques et émotionnels demandés à la mère s'accroissent. Dans certains cas, il faut laver, habiller l'enfant, le nourrir, ou lui fournir une aide pour l'aider à accomplir ces tâches. Il y a multiplication des rendez-vous avec les professionnels, rendez-vous nécessitant l'accompagnement de la mère. Il faut fournir une stimulation plus grande, faire des efforts d'éducation particuliers. Si des progrès surviennent, la récompense peut être grande. Mais que dire lorsque les progrès sont très lents ou impossibles?[12]

3.3 Les tâches volontaires de participation sociale

Nous avons déjà vu que les Québécoises oeuvrent depuis longtemps dans des associations de promotion de la santé et du bien-être de leurs concitoyens. Leur participation actuelle se situe dans le prolongement du passé, tout en présentant à certains égards un caractère novateur. Elle prend trois formes principales. D'abord, il y a les activités reliées à la vie familiale (comités d'école par exemple) ou aux besoins de la communauté dans la perspective traditionnelle de la charité (auxiliaires dans les hôpitaux, popote roulante par exemple).

Il y a aussi des regroupements de femmes s'occupant de la santé des femmes (cliniques d'auto-santé, groupes d'humanisation des soins à la naissance par exemple), s'occupant de clientèles de femmes en difficulté (violence faite aux femmes, femmes itinérantes, femmes chefs de famille monoparentales, etc.) ou s'occupant de problèmes liés à la condition féminine en général (FFQ, AFEAS par exemple). Enfin, les femmes sont très actives parmi les groupes d'entraide, en particulier quand il s'agit de problèmes vécus par un membre de leur famille (Al-Anon, associations de parents d'enfants handicapés par exemple).

Il est très difficile d'évaluer quantitativement ce type de participation parce que son champ est très vaste. Dans l'enquête menée auprès des femmes au foyer du Québec, le quart (25,3%) ont déclaré faire partie d'associations volontaires. Un peu moins de la moitié des groupes en question (44%) étaient d'ordre charitable, environ un sur cinq (21,8%) étaient des associations féminines et seulement 7,5% étaient des groupes politiques (partis politiques surtout), les autres groupes étant surtout liés au loisir.[13] En fait, les femmes font plus volontiers partie d'associations centrées sur la vie familiale ou les besoins de la communauté que d'associations à caractère politique, ce qui va dans le sens de leur rôle traditionnel.

Une enquête menée en 1979 et 1980 par Statistique Canada et analysée par deux chercheurs québécois nous apprend qu'au Québec, en 1979, les femmes sont majoritaires parmi les

bénévoles oeuvrant dans le domaine de la santé et auprès des personnes âgées. En effet des 53 000 intervenants bénévoles en santé recensés, 29 000 sont des femmes. Auprès des personnes âgées, les femmes sont au nombre de 20 000 sur un total de 29 000.[14] Bien que les hommes soient majoritaires (53,4%) parmi les bénévoles québécois, ils ont tendance à choisir des types d'organismes différents de ceux des femmes. Ils sont surreprésentés dans les organismes de loisirs et sports; les clubs; les groupes de pression, professionnels ou politiques et la catégorie "garde, correctionnel ou autre". Les femmes sont surreprésentées dans les groupes auprès des personnes âgées, en enseignement, en santé, dans la catégorie "conseil et information", dans les groupes religieux et dans la catégorie "souscription".

Une enquête récente du Conseil du statut de la femme dénombre 500 groupes de femmes au Québec en 1985.[15] Parmi ces groupes, la moitié se consacrent en majorité à fournir des services aux femmes et ce, à des coûts moins élevés que ceux des organismes du secteur public. C'est dans ce domaine que se manifeste l'aspect novateur de la participation sociale féminine. Sous la poussée du mouvement féministe, ce réseau s'est développé avec l'aide de subventions gouvernementales et a réussi à offrir des services à des clientèles négligées par les services publics et à mettre en pratique des approches difficiles à implanter dans les services professionnels : auto-santé, entraide, humanisation des soins, déprofessionnalisation.

La vitalité de ce réseau est étonnante en comparaison des budgets dont il dispose. En quelques années, les Québécoises ont réussi à mettre sur pied un réseau de solidarité féminine qui correspond au type idéal de réseau sur lequel, en principe, une politique de santé communautaire devrait reposer. On y fait de tout : de la prévention, de l'information, de la dispensation de soins et de services en phase aiguë, chronique ou en situation d'urgence, de l'entraide, du placement de la main-d'oeuvre, de la formation, de la réadaptation, de la défense des droits sociaux, de l'innovation. Et c'est la communauté elle-même qui s'organise pour se prendre en main.

3.4 La contribution informelle, un facteur de risque pour les femmes

Les tâches accomplies par les femmes dans les familles et les groupes volontaires rejoignent toutes les fonctions accomplies par les services sociaux et de santé : prévention, soins et soutien en phase aiguë ou chronique, santé communautaire, services sociaux de groupe. Les femmes, à titre de conjointes, de mères, de filles, ou au nom de la solidarité avec les autres femmes sont à la fois dispensatrices de services, négociatrices avec les services professionnels et cibles de ces services professionnels. Leur fonction maternelle (de reproduction et d'éducation) les désigne comme la cible privilégiée des activités de prévention et la politique de maintien à domicile repose sur leur disponibilité. Et, ironie du sort, ces

mêmes fonctions les désignent aussi comme des clientes de choix pour les services de santé et les services sociaux.

En effet, les femmes déclarent plus souvent des problèmes de santé que les hommes et des périodes d'incapacité plus longues dues à la maladie. Elles consultent plus souvent les médecins et consomment plus de médicaments que les hommes, en particulier des médicaments du système nerveux.[16] La grossesse, l'accouchement, la contraception, la ménopause expliquent en partie cette surmorbidité et cette surconsommation de services. Les prescriptions du rôle sexuel féminin qui permettent l'expression de l'émotivité et de la dépendance, de même que l'attitude des médecins renforçant ces tendances seraient également à la source de ces phénomènes.

De plus, les fonctions assumées par les femmes dans les familles les rendent plus vulnérables à la pauvreté. Selon une étude publiée dans les années '70, trois adultes pauvres sur cinq au Canada sont des femmes.[17] Ces femmes sont le plus souvent âgées, veuves ou chefs de famille monoparentale. Les femmes âgées ou veuves sont souvent pauvres parce qu'elles ont peu fréquenté le marché du travail à cause de leurs tâches familiales et parce qu'elles ont ainsi rarement accès à des régimes de retraite. Quant aux femmes chefs de famille monoparentale, elles sont placées devant plusieurs contraintes. Elles doivent gagner un revenu suffisant pour faire vivre leur famille parce que, dans la majorité des cas, le conjoint

absent ne subvient que très peu ou pas du tout aux besoins des enfants. Elles doivent assurer la garde des jeunes enfants ou payer quelqu'un d'autre pour le faire si elles s'absentent pour travailler. Elles ont en général accès à des postes peu rémunérateurs, étant donné la situation de l'emploi chez les femmes. Il n'est donc pas étonnant de constater que plusieurs d'entre elles sont pauvres et doivent compter sur l'aide sociale.

C'est dire que les politiques socio-sanitaires sont susceptibles d'affecter les femmes à plusieurs titres : à titre de bénéficiaires des services, à titre de parentes d'un bénéficiaire et à titre de travailleuses. Mais dans tous les cas, elles sont affectées de façon particulière parce qu'elles assument la plupart des tâches familiales. Elles sont plus souvent bénéficiaires à cause de leur fonction de reproduction et à cause de la définition sociale de leur rôle. Elles s'occupent des personnes apparentées parce que la définition sociale de leur rôle est centrée sur ces activités considérées comme obligatoires. Elles sont des travailleuses d'un type particulier (plus souvent à temps partiel, moins bien payées, dans des postes subalternes) à cause de leurs tâches familiales qui déterminent leur mode de participation au marché du travail.

4. Impact des politiques socio-sanitaires sur la contribution informelle

4.1 Les politiques en question

Nous avons déjà vu que les réformes apportées aux services sociaux et de santé dans les années '70 visaient à rationaliser leur organisation et à y implanter une perspective globale (bio-psycho-sociale), préventive et communautaire. Dans les faits, la réforme a été partielle. On a réussi à rationaliser la gestion des services et à les regrouper selon un schéma territorial. Mais on n'a pas réussi à en contrôler les coûts et à implanter la politique communautaire qu'implique l'organisation des services sur une base territoriale. De même, les services préventifs ne représentent qu'une portion congrue des budgets et la perspective globale peut difficilement s'implanter quand la plus large part de ces budgets revient aux services médicaux et aux hôpitaux. Citons des chiffres. En 1979-80 et en 1983-84, les principales dépenses publiques de santé au Québec se répartissaient de la façon suivante :[1]

	1979-80	1983-84
Régie de l'assurance-maladie	26,9%	25,9%
Ministère des Affaires sociales	71,1%	71,8%
(Part des services communautaires et préventifs au M.A.S.)	(4,0%)	(4,2%)
(Part des dépenses de recouvrement de la santé au M.A.S.)	(65,1%)	(65,9%)
CSST	2,0%	2,3%
(Subventions aux associations de prévention à la CSST)	(0,1%)	(0,5%)

Le moins qu'on puisse dire, c'est que la prévention et la santé communautaire ont une part très mineure dans ces dépenses et qu'en cinq ans, la situation a peu évolué.

Ainsi, la récession et les compressions budgétaires sont venues freiner une réforme dont les fruits recueillis jusqu'ici ne sont pas à négliger. Malgré tout, les Centres locaux de services communautaires ont, par exemple, accueilli 600,000 usagers et dispensé plus de 2,2 millions d'interventions en 1984-85 et ce, avec un budget de $344 millions.[2] Loin de nous également l'idée de décrier globalement la qualité des services médicaux et hospitaliers québécois à l'accessibilité desquels la population québécoise tient énormément. Les questions que nous entendons poser concernent plutôt leur orientation et le choix des priorités en période de restrictions budgétaires.

Nous examinerons ici certains aspects des politiques

socio-sanitaires et leur impact sur les tâches accomplies par les femmes. Trois aspects de ces politiques seront abordés : les compressions budgétaires, le modèle de prévention et de soins curatifs qui prévaut dans les services en prenant l'exemple de la périnatalité, le maintien à domicile des personnes âgées et handicapées.

Dans un chapitre précédent, nous avons identifié trois tendances à l'évolution de la contribution informelle : une revalorisation idéologique des tâches éducatives et de soutien émotionnel dirigée de l'extérieur de la famille par les professionnels, une division du travail entre les sexes où les femmes font le travail non payé ou subalterne dans la famille ou sur le marché du travail et un rôle ambigu de l'Etat où se combinent les effets d'autonomie et de dépendance. Nous nous demanderons donc quels effets ont les politiques en question sur ces tendances.

4.2 Les compressions budgétaires

Il est difficile de s'avancer sur le terrain des compressions budgétaires car aucune recherche en profondeur ne permet jusqu'ici de déceler toutes leurs composantes et encore moins d'en mesurer les effets de façon précise. Mais il est quand même possible de tracer certaines balises, de suggérer des hypothèses et des pistes de travail sur leurs effets repérables ou probables sur les femmes.

Les compressions budgétaires prennent des formes diverses : suppression de certains services; indexation partielle des dépenses non salariales; fusion d'établissements; non remplacement du personnel en congé, qui part ou prend sa retraite; fixation de limites budgétaires très strictes aux hôpitaux; vérification rigoureuse des dépenses; limitation des hausses des salaires; hausse du rendement du personnel en place; utilisation de bénévoles, etc. Comme on le voit, les compressions sont multiformes et on n'a pas encore épuisé toutes les avenues possibles dans ce domaine : certaines personnes suggèrent de s'attaquer à l'universalité des services et à leur gratuité ou encore de privatiser certains services.

Les femmes sont ou peuvent être touchées par ces mesures à la fois comme bénéficiaires, comme travailleuses et comme dispensatrices de services dans la famille. Elles ne sont évidemment pas les seules affectées mais elles en subissent ou peuvent en subir les effets de façon particulière.

Les compressions dans les programmes et les services sociaux peuvent affecter les femmes comme bénéficiaires ou comme dispensatrices de services dans leur famille parce qu'elles sont majoritaires parmi les pauvres. Nous avons déjà souligné la vulnérabilité économique des femmes âgées, veuves ou chefs de famille monoparentale. Voyons quelques exemples d'effets repérables, probables ou potentiels de certains choix politiques concernant la pauvreté.

D'abord, étant donné les tendances inflationnistes de l'économie, toute indexation partielle des prestations versées aux personnes ayant des revenus insuffisants (aide sociale, pensions de vieillesse, etc.) équivaut à l'appauvrissement d'une catégorie de la population qui se trouve au niveau ou en-dessous de la subsistance au jour le jour. Parmi elles se retrouvent des femmes qui doivent subvenir aux besoins de jeunes enfants ou des femmes qui ont passé une partie de leur vie à s'occuper de leur famille et se croyaient ainsi à l'abri du besoin.

Les contrôles exercés au domicile des prestataires de l'aide sociale visent les femmes de façon particulière. Une accusation de cohabiter avec un homme en emploi les prive de tout droit personnel de recevoir des prestations et les condamne à la dépendance envers cet homme. Les effets de telles mesures peuvent être discriminatoires.

Toute compression dans les prestations ou services destinés aux pauvres fait courir un risque particulier à la santé des personnes âgées (parmi lesquelles les femmes sont majoritaires), des femmes enceintes et du bébé qu'elles portent. Ce risque pour la santé est occasionné par la malnutrition. Arrêtons-nous au cas des femmes enceintes.

La malnutrition peut entraîner l'anémie ou la toxémie chez la femme enceinte. Quant au bébé, il risque de naître

prématurément ou d'avoir un poids insuffisant à la naissance. Il peut souffrir de détresse respiratoire, il risque de mourir dans la période néonatale ou d'être sujet à toutes sortes d'affections qui peuvent entraver son développement, en particulier à des déficiences graves ou à des problèmes de comportement. C'est dire que les répercussions peuvent se faire sentir pendant toute sa vie, sans compter les coûts sociaux qu'occasionnent des atteintes irréparables à la santé physique et mentale d'une partie des citoyens.

Un des moyens imaginés pour pallier à cette situation consiste à accorder des suppléments de nourriture à la femme enceinte pauvre. De telles mesures existent aux Etats-Unis mais l'administration Reagan a sabré dans ces programmes en 1981. Un article récent du Scientific American affirme que de nombreuses études d'envergure nationale démontrent que les coupures de ce type ont accru de façon considérable la faim dans ce pays.[3] Au Québec, on commence à peine à s'engager dans une politique d'aide alimentaire aux femmes enceintes, il est à espérer qu'on poursuivra et qu'on étendra ce type d'aide car les besoins risquent d'augmenter, étant donné la pauvreté croissante.

Comme mères et bénéficiaires, les femmes sont aussi touchées par les coupures dans le domaine de la périnatalité. La fermeture de petits services d'obstétrique jugés non rentables et non conformes à des critères de sécurité définis en termes

d'équipements spécialisés pourrait s'avérer lourde de conséquences. On favorise ainsi un modèle d'accouchement technologisé dans de gros hôpitaux, alors que le mouvement des femmes se bat pour obtenir des conditions tout à fait différentes. En effet, beaucoup de femmes souhaitent une atmosphère familiale, un minimum d'interventions, des centres de maternité en dehors des hôpitaux ou encore la présence de sages-femmes. Ainsi, en fermant le service d'obstétrique de l'Hôpital Sainte-Jeanne d'Arc, le gouvernement a fermé la porte à une expérience qui allait dans le sens de certaines de ces revendications. Et malgré des études commandées par le ministère des Affaires sociales et le ministère de l'Education qui recommandaient la reconnaissance de la profession de sage-femme, le dossier piétine depuis plusieurs années. Une analyse des coupures budgétaires effectuées en Angleterre remarque que les services de maternité y ont subi des coupures plus sévères que d'autres types de services.[4] En est-il de même au Québec? Si oui, ces coupures obéissent-elles à des volontés d'économie à court terme ou se font-elles dans le cadre d'une orientation à plus long terme?

Toute diminution dans les services statutaires risque d'alourdir le fardeau des femmes qui dispensent des soins ou de l'aide à des membres de leur famille. Nous verrons plus loin l'exemple de la politique de maintien à domicile.

Les femmes, avons-nous vu, sont majoritaires parmi les

travailleurs de la santé. Toute coupure affectant les emplois de ce secteur modifie les conditions de travail et les perspectives d'avenir de ces femmes. Couper des postes veut dire qu'il y a moins d'emplois pour les femmes ou qu'elles ont accès à des postes à temps partiel ou intérimaires. Comme il y a moins de monde pour faire le même travail, il y a dégradation des conditions de travail.

4.3 La prévention et les soins en périnatalité

La politique qui a influencé l'organisation actuelle des services québécois en périnatalité a été énoncée dans le document Périnatalité, une politique du M.A.S., publié en 1973.[5] Voyons ses éléments principaux.

Dans le domaine des soins préventifs et curatifs, on cherche à identifier de façon précoce les grossesses qui présentent des risques. Dans ce but, on souhaite accroître le nombre de visites aux médecins pendant la grossesse, on propose d'ajouter un certain nombre d'examens aux examens de routine, on élabore des critères permettant de dépister les grossesses à risque et on propose d'orienter ces cas vers des spécialistes. De plus, on souhaite accroître les fonctions des infirmières dans la surveillance prénatale et on préconise la mise sur pied d'un programme d'information aux femmes enceintes.

D'après le document, les "cas à risque" devraient être

acheminés vers des hôpitaux comportant des unités périnatales complètes. Comme toutes les complications ne sont pas prévisibles, un service obstétrique complet devrait être assuré par tout centre hospitalier où se font des accouchements. Dans le but de favoriser l'accessibilité géographique à de tels services complets, on préconise leur regroupement, dans les régions urbaines où cela est démographiquement possible, dans des centres pouvant réaliser plus de 2000 accouchements par année. Ailleurs, un service ne devrait pas, en principe, en réaliser moins de 500 par année.

Cette politique constitue une tentative d'opérationalisation d'une conception particulière de la grossesse et de l'accouchement. La grossesse est considérée comme un événement pathologique nécessitant une surveillance technique constante. L'accouchement est vu comme un processus technique comportant de nombreux risques auxquels on ne peut pallier que par le recours à des soins hautement spécialisés.

Plusieurs des mesures préconisées ont été réalisées en tout ou en partie : un suivi prénatal plus systématique des femmes enceintes par les médecins, l'organisation de cours prénataux, une réorganisation des services obstétricaux dans les hôpitaux (dont nous avons déjà donné un aperçu). Ajoutons à cela une mesure adoptée plus tard dans le cadre de la législation sur la santé et la sécurité du travail, le retrait préventif de la travailleuse enceinte si son travail est jugé

nocif pour sa santé ou pour celle du foetus et la décision toute récente d'accorder des suppléments alimentaires aux femmes enceintes de milieu défavorisé.

Voyons d'abord les impacts positifs de ces politiques. Des savoir-faire et des connaissances ont été acquis et servent à améliorer la santé de la mère et des enfants. La médecine prénatale permet de surveiller la croissance du foetus, de déceler certaines de ses anomalies, d'interrompre la grossesse, de soigner des états morbides comme l'éclampsie et la toxémie. La reconnaissance de certains dangers dans le milieu de travail de la femme enceinte permet de prévenir des atteintes graves au foetus. L'obstétrique permet de soulager la douleur en cours d'accouchement, peut maintenant faire des césariennes de façon plus sûre, peut provoquer l'accouchement quand il tarde trop à survenir, etc. Des services sont offerts à toutes les femmes, ils peuvent en principe faciliter la grossesse et l'accouchement ou aider les femmes dans l'apprentissage de leur rôle de mère. De plus, un grand pas a été fait dans l'identification de certaines variables importantes sur lesquelles les politiques doivent agir : la malnutrition, le suivi prénatal, le niveau d'information des mères, les conditions de travail des femmes, l'organisation des services obstétricaux.

Mais il n'y a pas que des aspects positifs. Voyons les

principales critiques adressées à diverses composantes de ces politiques.

Il y a un renforcement de la définition de la médecine comme une discipline technique qu'on pratique sur les gens, et non avec leur collaboration. Sans compter ses effets secondaires potentiels, dénoncés par certains milieux médicaux et par le mouvement d'humanisation des soins à la naissance, l'interventionnisme qu'elle entraîne transforme les femmes en objets plutôt qu'en sujets de leur grossesse et de leur accouchement. Derrière cela, se cache une vision de la maternité comme processus dirigé de l'extérieur par des experts, une conception de la reproduction comme un événement pathologique et la réduction du succès de la grossesse et de l'accouchement à des critères quantitatifs.[6] On est bien loin de la valorisation des mères ou de la maternité, ou de l'accentuation de l'autonomie des femmes.

De plus, selon certaines analyses,[7] le modèle de prévention mis de l'avant par les rencontres prénatales renforcerait un modèle de maternage et de division des tâches dans la famille où l'accent serait mis sur l'unique responsabilité des mères. Malgré les efforts faits pour faire participer le père à la grossesse ou à l'accouchement, le message transmis renforcerait l'idée du sacrifice des mères aux besoins des leurs, autant ceux des enfants que ceux du conjoint. Ce dernier ne doit pas se sentir mis à part, il doit retrouver rapidement

une femme mince après l'accouchement, etc. Ce phénomène est d'autant plus étonnant qu'il s'agit, dans le cas des rencontres prénatales, de messages transmis par des femmes (des infirmières) à des femmes.

Enfin, en cherchant à modifier en priorité les comportements maternels (cigarettes, alcool, alimentation, etc.) par l'information, on risque d'accroître encore ce sentiment de responsabilité des femmes et leur culpabilité. Plusieurs critiques ont déjà été formulées à l'égard du message de culpabilisation que peuvent comporter de telles activités de prévention.[8] Une politique de prévention axée sur la modification des comportements "à risque" peut avoir comme inconvénient de passer sous silence des facteurs de risque plus importants, ou de confondre le symptôme et le mal. Même s'il est souhaitable qu'une mère arrête de fumer, il faut par exemple se demander si elle ne fume pas à cause du stress provoqué par les demandes multiples et contradictoires de ses divers rôles, ou si ses conditions de vie lui permettent de s'alimenter décemment. En ce sens, il pourrait s'avérer que des politiques comme celle du retrait préventif de la femme enceinte ou d'aide alimentaire aux femmes de milieu défavorisé soient beaucoup plus efficaces que certaines campagnes de prévention dont les cibles et les approches ne sont peut-être pas clairement définies.

Bref, l'orientation des services médicaux et des cours prénataux risque d'accentuer la tendance à la valorisation du

savoir des experts au détriment de la capacité d'autonomie des femmes. L'orientation des rencontres prénatales risque en plus d'accroître les sentiments de responsabilité et de culpabilité déjà très grands des mères envers les enfants. Ce faisant, on lie encore plus étroitement le destin des mères à leur famille et on ne favorise certainement pas leur autonomie.

Comment pourrait-on améliorer ces politiques? D'abord, en donnant aux femmes la possibilité de choisir de vivre leur grossesse et leur accouchement selon leurs désirs en organisant les services pour les rendre disponibles en cas de besoin. A l'heure actuelle, au nom même de l'élimination des risques, on oblige la majorité des parturientes pour lesquelles il n'y a pas de risque décelable a priori (85% des femmes selon la plupart des estimations)[9] à subir une routine d'examens ou d'interventions qui comporte elle-même des risques. En effet, toute intervention médicale comporte des risques d'effets secondaires et une pratique intelligente doit constamment mesurer les risques de l'intervention en regard des risques encourus si elle n'a pas lieu.

Or, les données actuelles sur les interventions en cours d'accouchement démontrent qu'il y a augmentation constante de certaines d'entre elles. Par exemple, au Québec, de 1977 à 1982, le taux de césariennes sur le nombre total d'accouchements est passé de 12,33% à 18,05%, le taux d'induction

médico-chirurgicale du travail est passé de 2,03% à 6,52% dans la même période.[10] Ces données semblent indiquer qu'on élargit les indications pour poser de tels actes ou qu'on ne respecte pas rigoureusement les critères admis.

La politique actuelle encourage cette surmédicalisation dans la mesure où elle est trop exclusivement centrée sur la notion de risque et sur l'interventionnisme. Pourquoi ne pas laisser à la majorité des femmes le choix des modalités et du lieu de leur accouchement? Pourquoi obliger toutes les femmes à se soumettre à un moule qui n'a de sens que pour une minorité? Des femmes réclament une humanisation des soins en milieu hospitalier et la possibilité d'accoucher dans des centres de maternité autonomes; elles réclament la présence d'une sage-femme pendant leur grossesse et leur accouchement. Ces revendications sont tout à fait raisonnables et réalisables comme le démontre la situation qui prévaut dans la plupart des pays occidentaux où la profession de sage-femme est reconnue. Pourquoi ne serait-ce pas possible au Québec?

Quant au modèle de prévention en période prénatale, il pourrait être amélioré de plusieurs façons. Les cours prénataux devraient pouvoir s'adapter aux habitudes culturelles des différents milieux, en particulier aux femmes des milieux plus défavorisés.[11] Ce serait ainsi reconnaître les contraintes socio-économiques qui s'exercent sur les femmes. De plus, comme ces cours s'adressent aux couples, pourquoi ne pas

chercher des moyens pour les sensibiliser à la question du partage des tâches et ainsi chercher à alléger le fardeau qui pèse sur les femmes au lieu de renforcer uniquement leur sentiment de responsabilité individuelle?

Enfin, la reconnaissance des contraintes socio-économiques qui pèsent sur les femmes passe par la recherche de l'amélioration des conditions de travail des femmes enceintes, par l'aide aux femmes enceintes de milieu défavorisé et par la protection de l'emploi des femmes enceintes.

4.4 La politique de maintien à domicile

La politique de maintien à domicile cherche à concilier les besoins de certaines catégories de personnes ayant des problèmes de nature chronique ou vivant des situations de crise et ceux d'un système de santé où les soins dispensés en institution coûtent cher et sont peu efficaces dans le traitement de ce genre de problèmes. Trois catégories sont particulièrement visées : les personnes âgées, les personnes handicapées ou les familles comptant des enfants handicapés ou mésadaptés. On cherche non seulement à éviter l'institutionnalisation, mais aussi à favoriser l'autonomie des personnes. Pour cela, on fournit des services mais on cherche avant tout à stimuler les capacités d'autonomie personnelle, de prise en charge par la famille ou d'entraide de réseaux de solidarité plus larges.

Les moyens privilégiés pour atteindre ces objectifs comportent plusieurs volets : des services à domicile, des mesures diverses visant à améliorer le logement, le transport ou le revenu de ces personnes ou de leur famille, des services en milieu scolaire ou des centres de jour, des subventions aux organismes à but non lucratif, etc. L'intervention se fait tant en prévention primaire, secondaire que tertiaire et appelle la participation de tous les organismes du réseau des affaires sociales. Les conseils régionaux doivent planifier les services des organismes de leur territoire, les CLSC ont le mandat d'être les leaders des services à domicile, les hôpitaux doivent fournir des soins à domicile, les services sociaux peuvent offrir certains services comme le soutien temporaire d'une auxiliaire familiale.[12]

Telles sont les grandes lignes de cette politique dont les objectifs très ambitieux ne sont évidemment que partiellement réalisés, en grande partie faute de moyens suffisants. Nous examinerons ici quel est l'impact de la volonté de recourir de la façon la plus large possible à la famille que sous-tend toute cette politique.

Dans l'évaluation de l'impact de cette politique, il faut mentionner ses avantages. Les auteurs consultés ont en effet tendance à critiquer sévèrement ses effets négatifs pour les femmes, en oubliant de mentionner les améliorations qu'elle représente. Toute mesure susceptible d'alléger un peu le

fardeau des femmes, en apportant de l'espoir pour les leurs, en évitant l'institutionnalisation qui les culpabilise et s'avère souvent néfaste pour les personnes en cause, ne peut être perçue par elles que de façon positive. En effet, il ne faut pas perdre de vue qu'elles apportent de l'aide par attachement et affection envers leur famille et qu'elles font souvent passer les intérêts des autres avant les leurs. La volonté de faire participer la famille ou les organismes volontaires à un réseau organisé de services permettant de pallier aux handicaps et de conserver une autonomie ne peut être en soi remise en cause au nom des femmes.

Par contre, on peut se demander dans quelle mesure l'approche utilisée favorise réellement l'autonomie des personnes dont on prend soin, dans quelle mesure elle améliore les conditions de vie des personnes qui en prennent soin et si les volontés politiques de rationner les services n'aboutissent pas à faire peser tout le fardeau sur les femmes. Enfin, il faut aussi se demander si les services nécessaires à cette politique sont suffisants et si le maintien à domicile est valable dans tous les cas.

Plusieurs auteurs pensent que l'idée de rationner les services, pour forcer les gens à assumer leurs responsabilités envers leurs proches, est biaisée au départ. En effet, la majorité des gens aident spontanément les membres de leur famille, qu'ils reçoivent ou non des services de l'Etat pour les

soutenir. Par exemple, une enquête américaine a comparé d'une part, les soins donnés aux personnes âgées par les familles recevant de l'aide à domicile d'un programme étatique et, d'autre part, les soins donnés aux personnes âgées par les familles qui ne recevaient plus une telle aide par suite de coupures budgétaires. Or, les soins prodigués étaient similaires.[13] C'est dire qu'il faudrait se demander comment faciliter la tâche aux familles plutôt que penser à les forcer à faire ce qu'elles font déjà.

Pour favoriser l'autonomie des personnes âgées ou des handicapés adultes, il faut les aider à maintenir un logement autonome. Pour cela, il leur faut un revenu suffisant, le droit de participer au marché du travail, de l'argent pour adapter le logement aux handicaps qu'ils peuvent avoir. Les services offerts à domicile ne peuvent que pallier à la dépendance physique et non à la dépendance sociale. Encore faut-il qu'ils soient suffisants.

La situation économique de plusieurs, ou leur handicap physique trop prononcé, les force à recourir à l'aide de leur famille. Et il se produit alors une situation de dépendance forcée qui est préjudiciable tant à la personne dont on prend soin qu'à celle qui prodigue les soins. Le modèle de soins qui prévaut alors, par la force des choses, est celui du maternage. Or, il faut se demander dans quelle mesure les femmes sont préparées à assumer ce rôle dans tous les cas et si

cette relation de maternage convient bien à toutes les situations.

On pense trop facilement[14] que la mère (ou la fille) est bien outillée pour s'occuper des membres de sa famille en sa qualité de femme : elle sait accomplir les tâches ménagères, elle sait réconforter, elle sait se rendre disponible, etc., toutes qualités acquises lors d'un long processus de socialisation à son rôle de femme. Mais est-ce suffisant pour faire face à toutes les situations? Pour s'occuper de handicaps sévères, de problèmes graves, ces connaissances ne suffisent pas. Il n'est pas évident que cette responsabilité doive lui revenir. Il est quand même curieux de constater que lorsqu'on a affaire à des problèmes sérieux, on se fie au savoir des femmes. Nous avons pourtant déjà vu que de nombreux professionnels se spécialisent dans les conseils aux mères quand tout va relativement bien...

D'autre part, la relation de maternage crée des dépendances. Si cette relation se conçoit bien dans le cas d'un jeune enfant handicapé, elle n'est pas nécessairement bénéfique dans les autres cas. Le processus d'apprentissage de l'autonomie se fait par un détachement progressif de la mère. Si on force une dépendance à l'âge adulte, on risque de provoquer des régressions, des conflits. D'ailleurs, il demeure toujours chez l'adulte des conflits latents (ou ouverts) avec la mère et ces

conflits ne peuvent manquer de ressurgir s'il est forcé de vivre une situation qui lui fait revivre son enfance.)

Que dire enfin des femmes qui assument ce rôle? Les coûts sont pour elles énormes. Elles sont affectées dans tous leurs rôles. La vie familiale devient plus difficile. Les problèmes occasionnés par la présence à la maison de parents âgés dont on doit prendre soin ou d'enfants handicapés sont nombreux. Les activités de loisir, la vie sociale de la personne qui prodigue les soins sont restreints. Les sources de tension et de conflits interpersonnels sont nombreuses. L'anxiété, le stress physique et mental sont augmentés. La présence de parents âgés diminue l'intimité du couple. La présence d'un enfant handicapé peut mener à la négligence des autres enfants, s'il y en a, et à de l'anxiété chez ces derniers. S'il est nécessaire d'adapter physiquement le logement ou d'acheter de l'équipement spécial, cela crée des problèmes financiers. Tous les aspects des tâches domestiques et affectives sont compliqués. Cela peut aboutir en fin de compte à provoquer ce qu'on avait cherché à éviter : la fatigue peut devenir telle qu'on doive placer la personne âgée ou handicapée en institution.[15]

Si la femme est en emploi, elle va d'abord augmenter ses heures de travail à la maison en rognant sur ses loisirs.[16] Si cela ne suffit pas, en particulier quand elle a à s'occuper d'un enfant handicapé, elle va soit réduire ses heures de

travail payé, soit demeurer au foyer à plein temps.[17] Ainsi, elle est acculée à son tour à la dépendance envers son conjoint, à court terme, ou envers l'Etat, à long terme. En effet, quand on sait que le travail au foyer ou le travail à temps partiel procurent un accès limité sinon inexistant aux régimes de retraite, on s'aperçoit que le fait de prendre soin des autres se traduit par un risque très élevé de dépendance envers l'Etat quand arrive le troisième âge.[18]

Bref, c'est quand les femmes ont le plus besoin de soutien professionnel qu'elles semblent en recevoir moins, ou en tout cas pas autant qu'elles en auraient besoin. Au nom des savoir-faire et des qualités acquises dans le processus de socialisation, on leur confie les tâches les plus lourdes, les plus ingrates et il en résulte pour elles une participation sociale réduite en dehors de la famille, un accès restreint au marché du travail et un risque plus élevé de dépendance à l'âge de la retraite. Favoriser le maintien à domicile sans fournir les services nécessaires et sans tenir compte des besoins des gens qui doivent assumer ces tâches, c'est accroître la division sociale du travail selon les sexes, la dépendance des femmes et augmenter les risques que ces femmes aient à leur tour besoin de services plus grands de l'Etat au moment de leur retraite.

4.5 Pour une vision globale des problèmes de la condition féminine

Les réflexions sur certains aspects des politiques sociosanitaires cherchaient à poser les jalons d'un questionnement sur leur effet sur la vie des femmes. Nous avons vu que ces politiques tablent sur le dévouement des femmes envers les membres de leur famille. Le rôle des professionnels consiste bien souvent à donner des conseils et peut-être pas assez souvent à fournir des services qui feraient sentir aux femmes un appui sur lequel elles pourraient compter quand leur fardeau devient trop lourd.

Les compressions budgétaires risquent d'accentuer la division du travail entre les sexes alors que l'expansion des services étatiques avait eu pour effet d'offrir des emplois aux femmes. En plus de s'appuyer plus largement sur le travail des femmes dans les familles par leur politique de raccourcissement des séjours hospitaliers, les hôpitaux coupent des postes, remplacent des postes à plein temps par des postes à temps partiel ou par du travail intérimaire et accroissent leur nombre de bénévoles. De plus, les pressions exercées pour privatiser certains services aggraveraient les conditions de travail des femmes. La création d'hôpitaux-hôtels, la privatisation de services d'entretien, de buanderie ou de tout autre service de ce genre reposeraient largement sur une main-d'oeuvre à laquelle on souhaite enlever des acquis syndicaux,

que l'on souhaite faire travailler à des conditions inférieures aux conditions qui prévalent actuellement. Les sommes ainsi épargnées ne seraient même pas réinvesties dans l'amélioration d'autres services, mais dans l'enrichissement de quelques entrepreneurs privés.

Dans la conjoncture économique actuelle, il est nécessaire de rationaliser la gestion, de questionner l'efficacité des services. Mais il faut voir à ce que le remède ne soit pas pire que le mal. A quoi sert d'opérer des compressions dans certains services pour augmenter les besoins dans d'autres secteurs, notamment à créer des poches de pauvreté dont les coûts sociaux et économiques sont encore plus grands?

Soulignons enfin l'immense besoin de services communautaires qui permettraient d'aborder certains problèmes à leur source au lieu de les médicaliser, solution qui coûte cher et s'avère peu efficace. Voyons un exemple. Nous avons déjà vu que les femmes prennent plus de médicaments que les hommes. Plusieurs études[19] démontrent que les médecins prescrivent deux fois plus de psychotropes aux femmes qu'aux hommes, notamment parce qu'ils croient que leurs maux sont plus souvent d'ordre psychosomatique. Si l'explication fournie est vraie, cela signifie que la réponse médicale au problème est peu efficace. S'il s'agit vraiment plus souvent de problèmes psychosomatiques, le meilleur remède consisterait à favoriser la prise de conscience des problèmes à la source de ces maux et à

rechercher les solutions à y apporter. Et ce type de solutions ne relève pas des médecins. Il s'agit d'un phénomène beaucoup plus répandu qu'on ne le croit. Dans l'étude sur les femmes au foyer du Québec,[20] la proportion globale de femmes ayant pris des médicaments du système nerveux central au cours des douze mois précédant l'enquête s'élevait à 29,5%. Cette proportion atteignait 46,9% chez les femmes âgées de 65 ans et plus. Est-ce ainsi que l'on traite au Québec les problèmes d'insertion psycho-sociale des personnes âgées?

5. Les tendances prévisibles dans l'avenir

L'impact des politiques socio-sanitaires ne peut être isolé de l'impact d'un ensemble de tendances socio-économiques qui influencent autant ces politiques que la nature et la quantité des services fournis par les femmes dans les familles. En terminant, nous avons donc identifié un certain nombre de ces tendances et procédé à un examen de leur évolution prévisible.

5.1 Les tendances démographiques

Les tendances démographiques laissent prévoir une augmentation du nombre des personnes qui nécessitent des soins ou de l'aide et une diminution du nombre de personnes dans le secteur informel susceptibles de les prodiguer.

La croissance continue de la proportion des personnes âgées dans la population et, en particulier, de la proportion des personnes âgées de 75 ans et plus, se traduit par une tendance à la hausse du nombre des personnes âgées ayant besoin d'aide. Etant donné que l'espérance de vie augmente de façon plus marquée chez les femmes, les personnes additionnelles ayant besoin d'aide seront plus souvent des femmes.[1] Ces dernières constituent la première source d'aide de leur conjoint et, comme elles lui survivent le plus souvent, elles se retrouvent fréquemment seules à un âge avancé.

Or, le déclin actuel de la fécondité laisse prévoir une diminution du nombre de personnes en mesure d'apporter de l'aide à l'intérieur du réseau familial aux personnes âgées. Et les personnes qui apporteront cette aide à leurs parents seront aussi des personnes plus âgées, c'est-à-dire d'âge moyen et du troisième âge. Ces personnes seront fréquemment des femmes elles-mêmes veuves. Etant donné la vulnérabilité économique des veuves, il est donc à prévoir aussi que les personnes en mesure de fournir de l'aide à leurs parents seront plus pauvres.

Une autre tendance laisse prévoir à la fois un accroissement du nombre de personnes ayant besoin d'aide, une diminution de l'importance quantitative du réseau familial et une situation économique plus précaire chez les femmes prodiguant des soins aux membres de leur famille. Il s'agit de l'éclatement des familles. Rappelons ici certains chiffres. L'indice synthétique de fécondité des Québécoises est passé de 3,46 enfants en 1941 à 1,62 enfants en 1981.[2] L'indice de divortialité au Québec est passé de 8,7 en 1969 à 44,0 en 1981,[3] cet indice représentant la proportion des mariages susceptibles de se terminer par un divorce, étant donné la proportion des divorces observée pendant l'année de référence. De plus, les enfants d'un couple séparé ou divorcé sont le plus souvent pris en charge par la mère. Le taux de familles monoparentales au Canada est passé de 8,4% des familles en 1961 à 11,3% en 1981, soit un accroissement de 34%,[4] et dans cinq cas sur

six les femmes sont à la tête de ces familles. Bon nombre de ces familles se retrouvent bénéficiaires de l'aide sociale.

L'augmentation du nombre de personnes seules ou vivant en dehors du contexte familial traditionnel dans la population accroit la demande de services formels. Au Québec, la proportion des personnes hors famille est passée de 29,6% en 1967 à 33,7% en 1979.[5] Une personne "hors famille", selon la définition utilisée par Statistique Canada et reprise par les auteurs consultés, est "une personne vivant seule ou avec des personnes non apparentées, ou partageant un logement avec des parents autres que le conjoint ou les enfants".[6] Rien ne laisse prévoir un arrêt de cette tendance. Il s'agit d'un phénomène lié à la fois à des choix personnels (célibat prolongé) ou à des contraintes (veuvage en particulier). Les personnes hors famille sont en majorité des femmes (57,1% en 1976),[7] étant donné leur surreprésentation parmi les personnes veuves : 31,8% des hors famille sont des femmes célibataires et 30,1% des hommes célibataires, 20,8% sont des veuves et seulement 5,6% sont des veufs.[8] Les personnes hors famille sont plus pauvres que celles vivant dans les familles et ont donc besoin plus souvent de soutien. En 1979, 38,2% des personnes hors-famille au Québec étaient pauvres et parmi ces pauvres, 64,9% étaient des femmes, en grande partie à cause de la surreprésentation des femmes âgées et veuves parmi elles.[9]

Bref, nous pouvons prévoir une situation paradoxale : un

accroissement des besoins d'aide en particulier (mais pas uniquement) chez les femmes veuves ou âgées qui, la plupart, auront consacré une partie de leurs énergies à s'occuper des autres. Quand viendra leur tour d'avoir besoin d'aide, plusieurs n'auront personne vers qui se tourner. Or, la situation économique des femmes veuves et divorcées est en grande partie due au fait qu'elles sont demeurées au foyer ou qu'elles ont eu un accès restreint au marché du travail : travail à temps partiel ou intermittent et dans des emplois où elles n'ont pas accès à des régimes de retraite.[10] Quant aux femmes au foyer, le degré d'imprévoyance de leur avenir est effarant : l'enquête menée en 1982 auprès des Québécoises au foyer nous apprenait que 84,0% d'entre elles n'avaient jamais contribué à aucun régime de retraite.[11]

5.2 Les tendances de la division du travail selon les sexes

Nous avons déjà identifié plusieurs tendances de la division du travail selon les sexes. Dans les dernières décennies, et en particulier dans la décennie des années '70, les femmes ont accru leur participation au marché du travail au point où, en 1984, la moitié des Québécoises de 15 ans ou plus étaient sur le marché du travail. Cette participation accrue ne s'est pas accompagnée d'une redistribution sensible des tâches au sein des familles. Au contraire, toutes les analyses montrent que la participation accrue des femmes au marché du

travail se solde pour elles par le phénomène de la double journée de travail. Quand elles ont en plus à s'occuper d'un jeune enfant, d'une personne handicapée ou âgée ayant des besoins d'aide particuliers, la tâche devient énorme.

Peut-on prévoir des changements dans ces tendances? Rien ne permet d'affirmer que l'accroissement de la participation des femmes au marché du travail va se ralentir et encore moins diminuer, à moins évidemment d'une augmentation substantielle du chômage ou d'apparition de nouvelles tendances sociologiques. Rien ne laisse prévoir une augmentation importante de la fécondité des femmes. De toute façon, lorsqu'elles interrompent leurs activités rémunérées pour s'occuper d'enfants en bas âge, elles le font pendant des périodes de plus en plus courtes. De plus, une plus forte proportion poursuivent des études supérieures, phénomène qui se traduit par une participation plus importante et plus stable au marché du travail. Enfin, comme rien ne laisse prévoir un ralentissement ou une diminution de l'instabilité des unions, les contraintes économiques à cette participation ne devraient pas se modifier et pourraient s'accroître.[12]

Quant à l'inégalité entre hommes et femmes sur le marché du travail, des tendances contraires se manifestent. Une augmentation de la participation des femmes à des activités traditionnellement masculines et mieux rémunérées est contrebalancée par la participation accrue des femmes à des activités

traditionnellement féminines et moins bien rémunérées. Pour faire des progrès sensibles en vue de l'égalité en emploi, il faudrait donc une tentative concertée de l'Etat et des employeurs. Des pas se font en ce sens, mais il est difficile pour le moment de voir dans quelle mesure cela se traduira par des mesures concrètes et durables.[13]

Par contre, la participation accrue des femmes au marché du travail ne les empêche pas d'accomplir les tâches domestiques : elles rognent sur leur temps de loisir ou elles occupent un emploi à temps partiel quand leurs tâches familiales sont plus lourdes. Dans ce sens, on ne peut prévoir[14] une diminution substantielle de la contribution informelle des femmes dans leurs activités de soins à leurs proches à cause de leur participation accrue au marché du travail. Cependant, si les coupures de services ou la situation économique s'aggravaient de façon importante, certaines pourraient se voir forcées d'abandonner toute activité rémunérée ou de confier à des institutions les personnes fortement handicapées.

Peut-ont prévoir une redistribution des tâches entre les conjoints qui diminuerait le fardeau assumé par les femmes? Ici encore, la réponse semble négative. Au Québec, la synthèse des travaux sur le partage des tâches effectuée par Louise Vandelac montre bien qu'il n'y a actuellement pas de partage équitable des tâches domestiques entre les conjoints et que

rien ne laisse espérer une amélioration sensible dans un avenir rapproché.[15]

Certains travaux faits en Grande-Bretagne sur la participation des femmes aux activités de soins aux personnes âgées ou handicapées arrivent aux mêmes conclusions : rien ne permet d'espérer une augmentation significative de la part des hommes dans ces activités.[16] Le pouvoir des normes sociales établies quant au caractère féminin de ces tâches constitue un obstacle majeur à la répartition égalitaire de ces tâches. Les personnes dans le besoin préfèrent recevoir de l'aide des femmes et ces dernières considèrent que c'est leur devoir de le faire.[17] Malgré les coûts énormes que cela représente pour elles, il faut considérer qu'elles y gagnent un sentiment intense d'intimité et d'utilité.[18] Il s'agit donc d'un phénomène profond d'identification aux rôles sexuels. Les modifications de tendances de cette nature ne se produisent qu'à très longue échéance. Les mesures étatiques cherchant à modifier la socialisation aux rôles sexuels dans les écoles ne semblent pas avoir rencontré beaucoup de succès, comme le souligne Vandelac à propos de la Suède, ce qui l'amène à conclure que le terrain d'intervention étatique privilégié devrait être le marché du travail.

5.3 L'Etat et le mouvement des femmes

Il est très difficile de se prononcer sur le caractère

actuel des relations entre l'Etat et le mouvement des femmes, et encore plus sur son avenir. En effet, il s'agit d'un phénomène très récent et multiforme et il est très difficile d'en faire une analyse objective. Nous pouvons néanmoins apporter quelques éléments de réflexion.

Les pressions du mouvement des femmes ont très certainement sensibilisé l'opinion publique à certaines injustices du sort des femmes dans notre société. Mais peut-on affirmer que la sensibilisation s'est traduite par des changements concrets? Nous pouvons identifier certains progrès juridiques comme la réforme des régimes matrimoniaux et la Loi de la famille qui protègent mieux les femmes en cas de divorce ou reconnaissent légalement les responsabilités des femmes dans les familles. La création du Conseil du statut de la femme a permis de donner une voix officielle aux revendications des femmes et de produire un certain nombre d'études nécessaires à l'identification des problèmes et à la recherche de solutions. Certaines des solutions ainsi élaborées ont commencé à être timidement implantées, mais pour le moment il est difficile de voir si on tentera sérieusement de les implanter en mettant dans la balance tous les pouvoirs de l'Etat, et surtout si on y affectera les sommes nécessaires.

A l'égard des services sociaux et de santé, soulignons ici une question cruciale : le financement des organismes mis sur pied par le mouvement des femmes pour offrir des services

aux clientèles de femmes négligées par les services statutaires ou pour offrir des solutions alternatives aux problèmes de santé. Jusqu'ici des subventions fédérales ou provinciales leur ont permis de s'implanter et de survivre. Mais les coupures budgétaires les affectent au point où certains envisagent déjà de fermer leurs portes ou y seront forcés si leur financement n'est pas assuré de façon régulière.

Leurs activités se situent très bien dans l'approche de la santé communautaire. Ces organismes ont su répondre à des problèmes régionaux, à mettre sur pied des réseaux d'entraide, à fonctionner avec des budgets minimes, à favoriser une approche de santé globale, à éviter l'institutionnalisation, à donner des services en tout temps et en situation de crise, à produire des approches nouvelles, etc. Bref, l'originalité et l'ampleur de leur contribution ne peuvent être mises en cause.

Cette contribution pose cependant certains problèmes. Il ne faudrait pas que le financement se traduise par la diminution des sommes allouées aux services statutaires. On créerait ainsi une diminution d'emplois dans un secteur majoritairement féminin pour financer à rabais des activités exercées par d'autres femmes sous-payées ou bénévoles. On accentuerait la tendance de l'Etat à se décharger de ses responsabilités, tendance que nous avons vue à l'oeuvre dans la politique de maintien à domicile. En encourageant un réseau parallèle de services offerts aux femmes, il ne faut pas abandonner l'idée

d'accroître le pouvoir des femmes dans les services statutaires et de les orienter en fonction des besoins des femmes.

Chose certaine, le mouvement des femmes n'a pas l'intention de lâcher la proie pour l'ombre, et de céder un terrain bâti au prix de tant d'efforts sans obtenir de garantie sérieuse d'une modification des services statutaires en fonction des besoins des femmes. De toute façon, il vaut mieux considérer ces services comme complémentaires plutôt que comme alternatifs. L'initiative des citoyennes ne devrait pas se retourner contre elles et servir de prétexte à l'ignorance des besoins des femmes par les services statutaires. Cette initiative devrait plutôt être récompensée par une plus grande ouverture des services statutaires et une collaboration plus soutenue entre les deux secteurs.

6. Conclusion

Notre analyse historique nous a permis de voir à quel point la place des femmes dans la société est le fruit des conditions économiques, sociales et politiques. Leur fonction naturelle dans la reproduction des enfants a servi de prétexte à une division du travail entre les sexes où elles assument les tâches familiales et où elles ont accès au marché du travail selon des modalités définies par les besoins des hommes et par ceux de l'économie. Jusqu'ici, on les a reléguées à la maison ou appelées sur le marché du travail, sans qu'elles aient le choix du contenu ou du volume de leur contribution familiale ou des conditions de leur participation au marché du travail. Mais affirmer qu'il s'agit d'une relation sociale et non d'une relation fondée sur la nature, c'est affirmer que cette relation n'est pas immuable et qu'elle peut être modifiée à l'aide des politiques gouvernementales.

Dans quel sens les politiques actuelles semblent-elles faire évoluer la situation? Nous nous sommes intéressés à certaines politiques socio-sanitaires et nous avons vu qu'elles semblent imposer un fardeau très lourd de responsabilités aux femmes. Que leur offre-t-on en échange? Que leur réserve l'avenir?

La réponse à ces deux questions semble peu encourageante. Leurs responsabilités s'accroissent sans que leur situation

économique s'améliore, alors que leurs chances de recevoir en retour au moment de leur retraite s'amenuisent.

Il semble donc nécessaire de tenir compte des besoins présents et futurs des femmes si on veut à la fois les soutenir dans leur contribution actuelle et s'assurer qu'elles auront aussi leur part à l'avenir.

L'accroissement prévisible des besoins de soutien nécessite non seulement un accroissement des services professionnels mais aussi une meilleure répartition du fardeau entre le secteur statutaire, le secteur bénévole, le secteur informel et le secteur privé. Il semble peu probable que la contribution du secteur informel puisse être augmentée. Il n'apparaît souhaitable ni pour les femmes, ni pour les bénéficiaires que les services statutaires soient réduits ou qu'une privatisation vienne les gruger. Le secteur bénévole représente une avenue intéressante, dans la mesure où il permet de compenser les déficiences des autres secteurs et d'offrir des services qui apportent du soutien, sans nécessairement produire de la dépendance, tout en accroissant le réseau social de solidarité. Mais les services statutaires demeurent nécessaires parce qu'ils assurent l'expertise professionnelle, la neutralité affective, la continuité des services et la couverture de tous les types de besoins. Le secteur bénévole ne représente donc une voie à explorer qu'à la condition de l'envisager dans une perspective complémentaire et non supplétive aux services

statutaires. Notre analyse historique démontre d'ailleurs que l'Etat a dû intervenir dans le domaine de la santé et des services sociaux parce que les familles, l'Eglise, les bénévoles, les professionnels, les services privés n'arrivaient pas à solutionner l'ensemble des problèmes de la population. L'Etat est la seule instance susceptible de saisir les besoins de façon globale, de formuler les politiques de façon cohérente en fonction de la couverture de tous les besoins et d'assurer une accessibilité égale à tous les groupes de la population.

Notes

Partie 1

1. Wolfenden Committee, The Future of Voluntary Organisations, Londres, Croom Helm, 1978, pp. 10-12.

2. Rita Therrien et Louise Coulombe-Joly, Rapport de l'AFEAS sur la situation des femmes au foyer, Montréal, Boréal Express, 1984, pp. 113-114.

3. Voir Martin Meissner, "Sur la division du travail et l'inégalité des sexes" in Sociologie du travail, octobre-décembre 1985, pp. 329-350; Louise Vandelac, "Le New Deal des rapports hommes-femmes : big deal! Les illusions du partage des tâches" in Du travail et de l'amour, sous la direction de L. Vandelac et al., Montréal, Editions Saint-Martin, 1985, pp. 313-366.

Partie 2

1. Diane Bélanger et Lucie Rozon, Les religieuses au Québec, Montréal, Libre expression, 1982.

2. Marie Lavigne et Yolande Pinard, "Bilan historique" in Travailleuses et féministes, Les femmes dans la société québécoise, ouvrage collectif, Montréal, Boréal Express, 1983, pp. 50-53.

3. Diane Bélisle et Yolande Pinard, "De l'ouvrage des femmes québécoises", in Du travail et de l'amour, op. cit., pp. 100-102.

4. Ibid., pp. 102-104 et 115.

5. Le Collectif Clio, L'histoire des femmes au Québec depuis quatre siècles, Montréal, Quinze, 1982, pp. 107-108, 122-123.

6. Peter N. Moogk, "Les petits Sauvages : The Children of Eighteenth-Century New France" in Childhood and Family in Canadian History, Joy Parr, ed., Toronto, McClelland and Stewart, 1980, pp. 25-28.

7. Emily Nett, "The Family and Aging" in The Family Changing Trends in Canada, Maureen Baker, ed., Toronto, McGraw-Hill Ryerson, 1984, p. 131.

8. M. Anderson, "The Relevance of Family History" in Sociology of the Family, M. Anderson, ed., Harmondsworth, Penguin Books, 2e édition, 1982, p. 35.

9. Santé Société, numéro spécial, "La santé et l'assistance publique au Québec, 1886-1986", 1986, p. 9.

10. Micheline Dumont, "Vocation religieuse et condition féminine" in Travailleuses et féministes, op. cit., p. 282.

11. Santé Société, op. cit., pp. 16-17.

12. Hélène Laforce, Histoire de la sage-femme dans la région de Québec, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, 1985, p. 216.

13. Santé Société, op. cit., p. 18.

14. Ibid., p. 25.

15. D. Bélisle et Y. Pinard, op. cit., pp. 105-108.

16. Ibid., p. 120.

17. Bettina Bradbury, "The Fragmented Family : Family Strategies in the Face of Death, Illness, and Poverty, Montreal, 1860-1885" in Childhood and Family in Canadian History, op. cit., p. 109.

18. Le Collectif Clio, op. cit., p. 197.

19. J. Bernier, "Les praticiens de la santé au Québec, 1871-1921. Quelques données statistiques" in Recherches sociographiques, vol. XX, no. 1, 1979, p. 56.

20. M. Dumont, op. cit., p. 282.

21. Ibid., pp. 278-280.

22. Collectif Clio, op. cit., p. 170.

23. Bettina Bradbury, op. cit., pp. 110-116.

24. Santé Société, op. cit., pp. 26-43.

25. Suzanne Messier, Chiffres en main, Gouvernement du Québec, Conseil du statut de la femme, 1981, éditeur officiel du Québec, tableau 1701, p. 76, ces données sont tirées du Recensement du Canada. En 1901, le taux est calculé sur la population des Québécoises de 10 ans et plus, et en 1941, sur la population des Québécoises de 15 ans et plus.

26. Suzanne Messier, Les femmes, ça compte, Gouvernement du Québec, éditeur officiel du Québec, 1984, tableau 5002, p. 173. Ces données proviennent du Bureau de la statistique du Québec.

27. G. Bernier, R. Boily et D. Salée, Le Québec en chiffres de 1850 à nos jours, Montréal, ACFAS, 1986, p. 51.

28. Voir à ce sujet Veronica Strong-Boag, "Intruders in the Nursery : Childcare Professionals Reshape the Years One to Five, 1920-1940", in Childhood and Family in Canadian History, op. cit., pp. 160-178; Barbara Ehrenreich et Deirdre English, Des experts et des femmes, Mont-réal, éditions du remue-ménage, traduction française éditée en 1982.

29. Diane Bélisle et Yolande Pinard, "De l'ouvrage des femmes québécoises" in Du travail et de l'amour, op. cit., p. 129.

30. Le Collectif Clio, op. cit., pp. 239-240.

31. Micheline Dumont, op. cit., p. 282.

32. Le Collectif Clio, op. cit., pp. 325-349.

33. Serge Mongeau, Evolution de l'assistance au Québec, thèse

de maîtrise en Service social, Université de Montréal, avril 1967, p. 40.

34. Voir Jacques Bernier, op. cit., pp. 41-58 et Le Collectif Clio, op. cit., pp. 258 et 286-288.

35. Santé Société, op. cit., pp. 35-76.

36. Suzanne Messier, Les femmes, ça compte, op. cit., tableau 1001, p. 29.

37. Ibid., tableau 3213, p. 104.

38. Ibid., p. 22.

39. Ibid., p.127.

40. Voir Louise Vandelac "Le New Deal des rapports hommes-femmes : big deal! Les illusions du partage des tâches", op. cit., pp. 313-366.

41. Suzanne Messier, op. cit., 1984, tableau 5002, p. 173.

42. Diane Bélisle et Yolande Pinard, op. cit., pp. 124-132.

43. Collectif Clio, op. cit., pp. 381-383.

44. Ibid., pp. 415-421.

45. Micheline Dumont, op. cit., pp. 285-292.

46. Voir F. Lesemann, Du pain et des services. La réforme de la santé et des services sociaux au Québec, Montréal, éd. Saint-Martin, 1981, et Marc Renaud, "Réforme ou illusion? Une analyse des interventions de l'Etat québécois dans le domaine de la santé" in Sociologie et sociétés, avril 1977, vol. 9, no 1, pp. 127-152.

47. J.W. Grimm et R.N. Stern, "Sex Roles and Internal Labor Market Structures : The "Female" Semi-Professions"in Social Problems, vol. 21, no 5, pp. 690-705.

48. Voir Gilles Dussault et Louise Potvin, L'Etat et la division du travail sanitaire. La politique de délégation des actes médicaux, infirmiers et dentaires au Québec, Département des relations industrielles, Faculté des sciences sociales, Université Laval, 1983.

49. Suzanne Messier, op. cit., 1984, tableau 3201, p. 99.

50. Ibid., tableau 3007, p. 92.

51. Dominique Gaucher, "La "vraie nature féminine" ou les

dessous de la division du travail hospitalier au Québec", in Médecine et Société. Les années '80, sous la direction de L. Bozzini et al., éd. Saint-Martin, Laval, 1981, pp. 313-337.

52. Santé Société, op. cit., pp. 95-105.

53. Marc Renaud, op. cit., pp. 134-139.

Partie 3

1. Theodor J. Litman, "The Family as a Basic Unit in Health and Medical Care : A Social Behavioral Overview" in Social Science and Medicine, vol. 8, 1974, p. 504.

2. Rita Therrien et Louise Coulombe-Joly, op. cit., p. 94.

3. Agnès Pitrou, "Le soutien familial dans la société urbaine" in Revue française de sociologie, vol. XVIII, no 1, janvier-mars 1977, p. 63.

4. Grace Baruch et Rosalind C. Barnett, "Adult Daughters' Relationships with Their Mothers" in Journal of Marriage and the Family, vol. 45, no 3, août 1983, p. 601.

5. Voir Luciano Bozzini et Roger Tessier "Support social et santé" in Traité d'anthropologie médicale, sous la direction de J. Dufresne, F. Dumont et Yves Martin, Québec, Presses de l'Université du Québec, 1985, pp. 905-940.

6. Theodor J. Litman, op. cit.; E. Wilson, "Women, the Community and the Family" in Community Care, the Family, the State and Social Policy, Alan Walker ed., Londres, Blackwell et Robertson, 1982, pp. 40-55, et Hilary Graham, "Providers, Negotiators and Mediators. Women as the Hidden Carers" in Women, Health and Healing. Toward a New Perspective. Londres, Tavistock, 1985, pp. 25-52.

7. Lowell S. Levine, "Prendre en charge sa propre santé : une arme à double tranchant" in Forum mondial de la santé, vol. 2, no 2, 1981, p. 210.

8. Theodor J. Litman, op. cit., p. 502.

9. Elaine M. Brody, "Women in the Middle and Family Help to Older People" in The Gerontologist, vol. 21, no 5, octobre 1981, p. 472.

10. Rita Therrien et Louise Coulombe-Joly, op. cit., p. 29.

11. Madeleine Levasseur, Des problèmes prioritaires, Collection : La santé des Québécois, Gouvernement du Québec, éditeur officiel du Québec, 1983, p. 32.

12. S. Baldwin et C. Glendinning, "Employment, Women and their Disabled Children" in A Labour of Love : Women, Work and Caring, sous la direction de J. Finch et D. Groves, Londres, Routledge et Kegan Paul, 1983, pp. 53-71.

13. Rita Therrien et Louise Coulombe-Joly, op. cit., pp. 97-99.

14. M. Payette et F. Vaillancourt, Le portrait des bénévoles québécois, Gouvernement du Québec, 1983, pp. 48, 84-86.

15. Carole Beaulieu, "Les femmes sont-elles acculées à développer un Etat parallèle?" in Le Devoir, 28 juin 1986, p. A-3.

16. Enquête Santé Canada, La santé des Canadiens, Ottawa, Santé et Bien-être social Canada et Statistique Canada 1981, et Louise Nadeau, "Feminité et drogues : l'impossible réconciliation?", in Va te faire soigner, t'es malade!, Louise Guyon, Roxane Simard et Louise Nadeau, Montréal, Stanké, 1981, pp. 99-139.

17. Conseil national du bien-être social, La femme et la pauvreté, Ottawa, 1979.

Partie 4

1. Bureau de la statistique du Québec, Le Québec statistique. Edition 1985-1986, Gouvernement du Québec, éditeur officiel du Québec, 1985, tableau 7, pp. 340-341.

2. Maurice Girard, "Les CLSC réclament davantage de fonds pour assurer la qualité des services existants" in Le Devoir, mardi 18 mars 1986, p. 6.

3. J. Larry Brown, "Hunger in the U.S." in Scientific American, février 1987, vol. 256, no 2, pp. 37-38.

4. Stephen Edgell et Vic Duke, "Gender and Social Policy : the impact of the public expenditure cuts and reactions to them" in Journal of Social Policy, vol. 12, no 3, 1983, p. 361.

5. Madeleine Blanchet et Jean-Marc Bernard, La périnatalité, une politique du ministère des Affaires sociales, Gouvernement du Québec, Direction des communications, 1973.

6. Ann Oakley, Women Confined. Towards a Sociology of Childbirth, Londres, Martin Robertson, 1981.

7. Hélène Valentini, Les rencontres prénatales : étude de représentations sociales de la grossesse, de l'accouchement et de la naissance, mémoire de maîtrise, Département d'anthropologie, Faculté des études supérieures, Université de Montréal, 1984.

8. Robert Crawford, "C'est de ta faute : l'idéologie de la culpabilisation de la victime et ses applications dans les politiques de santé" in Médecine et société. Les années '80, op. cit., pp. 481-512.

9. Madeleine Blanchet et Madeleine Levasseur, "Périnatalité : bilan et prospective" in Carrefour des affaires sociales, vol. 2, septembre 1980, p. 18.

10. Ministère des Affaires sociales, Pour une nouvelle orientation en périnatalité, document de travail, octobre 1984, p. 24.

11. Madeleine Blanchet et Madeleine Levasseur, op. cit., p. 54.

12. Ministère des Affaires sociales, Les services à domicile. Politique du ministère des Affaires sociales, Gouvernement du Québec, Direction des communications, novembre 1979.

13. J. Pearson-Sivley et J. Fiegener, "Family Caregivers of the Elderly : Assistance Provided After Termination of Chore

Services" in Journal of Gerontological Social Work, vol. 6, no 12, 1984, pp. 23-34.

14. Clare Ungerson, "Woman and Caring : Skills, Tasks and Taboos" in The Public and the Private, E. Garmanikov et al., ed., Londres, Heinemann, 1983, pp. 62-77.

15. Alan Walker, "Care for Elderly People : A Conflict Between Women and the State" in A Labour of Love : Women, Work and Caring, 1983, pp.106-128.

16. E. Palo Stoller, "Parental Caregiving by Adult Children" in Journal of Marriage and the Family, nov. 1983, vol. 45, no 4, pp. 851-858.

17. S. Baldwin et C. Glendinning, "Employment, Women and their Disabled Children", op. cit., et N. Breslau, D. Salkever et K.S. Staruch, "Women's Labor Force Activity and Responsibilities for Disabled Dependents : A Study of Families with Disabled Children" in Journal of Health and Social Behavior, 1982, vol. 23, juin, pp. 169-183.

18. Louise Dulude, Vieillir au féminin, Ottawa, Conseil consultatif de la situation de la femme, 1978.

19. Louise Nadeau, op. cit., pp. 116-122.

20. Rita Therrien et Louise Coulombe-Joly, op. cit., pp. 160-161.

Partie 5

1. E. Brody, op. cit., pp. 471-473.
2. Suzanne Messier, Les femmes ça compte, op. cit., tableau 5002, p. 173.
3. Ibid., tableau 5301, p. 183.
4. Jac-André Boulet et Laval Lavallée, L'évolution de la situation économique des femmes, ministère des Approvisionnements et Services Canada, 1984, p. 43.
5. Bureau de la statistique du Québec, Vivre seul ou en groupe. Modes de vie non familiaux et répartition du revenu, Québec, 1984, tableau 1.1, p. 11.
6. Ibid., p. xvi.
7. Ibid., p. 11.
8. Ibid., p. 12.
9. Ibid., pp. 101-106.
10. Conseil canadien de bien-être social, La femme et la pauvreté, Ottawa, 1979.
11. Rita Therrien et Louise Coulombe-Joly, op. cit., p. 64.
12. R. Houle, "Accroissement du taux d'activité des femmes et évolution du stock de capital humain de la main-d'oeuvre" in Les ressources humaines et la croissance économique, Cahiers de l'ACFAS, no 23, 1984, pp. 17-30.
13. Boulet et Lavallée, op. cit.
14. Voir Baldwin et Glendinning, op. cit.; Clare Ungerson, op. cit.; et Alan Walker, Meeting the Needs of Canada's Elderly with Limited Resources : Some Observations on British Experience, 1986.
15. Louise Vandelac, op. cit.
16. Voir note 14.
17. Alan Walker, 1986, op. cit.
18. Clare Ungerson, op. cit.

Bibliographie

ANDERSON, Michael, "The Relevance of Family History" in Sociology of the Family, M. Anderson, ed., Harmondsworth, Penguin Books, 2e édition, 1982, pp. 33-63.

BALDWIN, S. et GLENDINNING, C., "Employment, Women and their Disabled Children" in A Labour of Love : Women, Work and Caring, sous la direction de J. Finch et D. Groves, Londres, Routledge et Kegan Paul, 1983, pp. 53-71.

BARUCH, Grace et BARNETT, Rosalind C., "Adult Daughters' Relationships with Their Mothers" in Journal of Marriage and the Family, vol. 45, no 3, août 1983, pp. 601-606.

BEAULIEU, Carole, "Les femmes sont-elles acculées à développer un Etat parallèle?" in Le Devoir, 28 juin 1986, p. A-3.

BELANGER, Diane et ROZON, Lucie, Les religieuses au Québec, Montréal, Libre expression, 1982.

BELISLE, D. et PINARD, Y., "De l'ouvrage des femmes québécoises", in Du travail et de l'amour, L. Vandelac, D. Bélisle, A. Gauthier et Y. Pinard, Montréal, éditions Saint-Martin, 1985, pp. 99-134.

BERNIER, G., BOILY, R., et SALEE, D., Le Québec en chiffres de 1850 à nos jours, Montréal, ACFAS, 1986.

BERNIER, J., "Les praticiens de la santé au Québec, 1871-1921. Quelques données statistiques" in Recherches sociographiques, vol. XX, no 1, 1979, pp. 41-58.

BLANCHET, Madeleine et BERNARD, Jean-Marc, La périnatalité, une politique du ministère des Affaires sociales, Gouvernement du Québec, Direction des communications, 1973.

BLANCHET, Madeleine et LEVASSEUR, Madeleine, "Périnatalité : bilan et prospective" in Carrefour des affaires sociales, vol. 2, septembre 1980.

BOULET, Jac-André et LAVALLEE, Laval, L'évolution de la situation économique des femmes, Ottawa, Conseil économique du Canada, 1984.

BOZZINI, Luciano et TESSIER, Roger, "Support social et santé" in Traité d'anthropologie médicale, sous la direction de J. Dufresne, F. Dumont et Yves Martin, Québec, Presses de l'Université du Québec, Institut

québécois de recherche sur la culture et Presses Universitaires de Lyon, 1985, pp. 905-940.

BRADBURY, Bettina, "The Fragmented Family : Family Strategies in the Face of Death, Illness, and Poverty, Montreal, 1860-1885" in Childhood and Family in Canadian History, Joy Parr, ed., Toronto, McClelland and Stewart, 1983, pp. 109-128.

BRESLAU, N., SALKEVER, D. et STARUCH, K.S., "Women's Labor Force Activity and Responsibilities for Disabled Dependents : A Study of Families with Disabled Children" in Journal of Health and Social Behavior, 1982, vol. 23, juin, pp. 169-183.

BRODY, Elaine M., "Women in the Middle and Family Help to Older People" in The Gerontologist, octobre 1981, vol. 21, no 5, pp. 471-480.

BROWN, J. Larry, "Hunger in the U.S." in Scientific American, février 1987, vol. 256, no 2, pp. 36-41.

BUREAU DE LA STATISTIQUE DU QUEBEC, Vivre seul ou en groupe, Québec, septembre 1984.

BUREAU DE LA STATISTIQUE DU QUEBEC, Le Québec statistique. Edition 1985-1986, Gouvernement du Québec, éditeur officiel du Québec, 1985.

COLLECTIF CLIO, L'histoire des femmes au Québec depuis quatre siècles, Montréal, Les Quinze, 1982.

CONSEIL NATIONAL DU BIEN-ETRE SOCIAL, La femme et la pauvreté, Ottawa, 1979.

CRAWFORD, Robert, "C'est de ta faute : l'idéologie de la culpabilisation de la victime et ses applications dans les politiques de santé" in Médecine et société. Les années '80, sous la direction de L. Bozzini, M. Renaud, D. Gaucher et J. Llambias-Wolff, Montréal, éditions Saint-Martin, 1981, pp. 481-512.

DULUDE, Louise, Vieillir au féminin, Ottawa, Conseil consultatif de la situation de la femme, 1978.

DUMONT, Micheline, "Vocation religieuse et condition féminine" in Travailleuses et féministes. Les femmes dans la société québécoise, M. Lavigne et Y. Pinard, éd., Montréal, Boréal Express, 1983, pp. 271-292.

DUSSAULT, Gilles et POTVIN, Louise, L'état et la division du travail sanitaire. La politique de délégation des actes médicaux, infirmiers et dentaires au Québec,

Département de relations industrielles, Faculté des sciences sociales, Université Laval, 1983.

EDGELL, Stephen et DUKE, Vic, "Gender and Social Policy : the impact of the public expenditure cuts and reactions to them" in Journal of Social Policy, vol. 12, no 3, 1983, pp. 357-378.

EHRENREICH, Barbara et ENGLISH, Deirdre, Des experts et des femmes, Montréal, éditions du remue-ménage, traduction française éditée en 1982.

ENQUETE SANTE CANADA, La santé des Canadiens, Ottawa, Santé et Bien-être social Canada et Statistique Canada, 1981.

GAUCHER, Dominique, "La "vraie nature féminine" ou les dessous de la division du travail hospitalier au Québec" in Médecine et société. Les années '80, sous la direction de L. Bozzini et al., Laval, éd. Saint-Martin, 1981, pp. 313-337.

GIRARD, Maurice, "Les CLSC réclament davantage de fonds pour assurer la qualité des services existants" in Le Devoir, mardi 18 mars 1986, p. 6.

GRAHAM, Hilary, "Providers, Negotiators and Mediators : Women as the Hidden Carers" in Women, Health and Healing. Toward a New Perspective, Ellen Lewin and Virginia Olesen, eds., Londres, Tavistock, 1985.

GRIMM, J.W. et STERN, R.N., "Sex Roles and Internal Labor Market Structures : The "Female" Semi-Professions" in Social Problems, vol. 21, no 5, pp. 690-705.

HOULE, R., "Accroissement du taux d'activité des femmes et évolution du stock de capital humain de la main-d'oeuvre" in Les ressources humaines et la croissance économique, Cahiers de l'ACFAS no 23, 1984, pp. 17-30.

LAFORCE, Hélène, Histoire de la sage-femme dans la région de Québec, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, 1985.

LAVIGNE, M. et PINARD, Y., sous la direction de, Travailleuses et féministes. Les femmes dans la société québécoise, Montréal, Boréal Express, 1983.

LESEMANN, Frédéric, Du pain et des services. La réforme de la santé et des services sociaux au Québec, Montréal, éd. Saint-Martin, 1981.

LEVASSEUR, Madeleine, Des problèmes prioritaires, Collection : La santé des Québécois, Gouvernement du Québec, éditeur officiel du Québec, 1983.

LEVIN, Lowell S., "Prendre en charge sa propre santé : une arme à double tranchant" in Forum mondial de la santé, vol. 2, no 2, 1981, pp. 208-217.

LITMAN, Theodor J., "The Family as a Basic Unit in Health and Medical Care : A Social-Behavioral Overview" in Social Science and Medicine, vol. 8, 1974, pp. 495-519.

MEISSNER, Martin, "Sur la division du travail et l'inégalité des sexes" in Sociologie du travail, octobre-décembre 1975, pp. 329-350.

MESSIER, Suzanne, Chiffres en main, Gouvernement du Québec, éditeur officiel du Québec, Conseil du statut de la femme, 1981.

MESSIER, Suzanne, Les femmes, ça compte, Gouvernement du Québec, éditeur officiel du Québec, Conseil du statut de la femme, 1984.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, Les services à domicile. Politique du ministère des Affaires sociales, Gouvernement du Québec, Direction des communications, nov. 1979.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, Pour une nouvelle orientation en périnatalité, document de travail, octobre 1984.

MONGEAU, Serge, Evolution de l'assistance au Québec, thèse de maîtrise en service social, Université de Montréal, avril 1967.

MOOGK, Peter N., "Les petits Sauvages : The Children of Eighteenth Century New France" in Childhood and Family in Canadian History, Joy Parr, ed., Toronto, McClelland and Stewart, 1983, pp. 17-43.

NADEAU, Louise, "Féminité et drogues : l'impossible réconciliation?", in Va te faire soigner, t'es malade, Louise Guyon, Roxane Simard et Louise Nadeau, Montréal, Stanké, 1981, pp. 99-139.

NETT, Emily, "The Family and Aging", The Family, Changing Trends in Canada, Maureen Baker, ed., Toronto, McGraw-Hill Ryerson, 1984, pp. 129-161.

OAKLEY, Ann, Women Confined, Towards a Sociology of Childbirth, Londres, Martin Robertson, 1981.

PALO STOLLER, E., "Parental Caregiving by Adult Children" in Journal of Marriage and the Family, nov. 1983, vol. 45, no 4, pp. 851-858.

PAYETTE, M. et VAILLANCOURT, F., Le portrait des bénévoles québécois, Montréal, Gouvernement du Québec, 1983.

PEARSON-SIVLEY, J. et FIEGENER, J., "Family Caregivers of the Elderly : Assistance Provided After Termination of Chore Services" in Journal of Gerontological Social Work, vol. 8, no 1-2, 1984, pp. 23-34.

PITROU, Agnès, "Le soutien familial sans la société urbaine" in Revue française de sociologie, XVIII, 1977.

RENAUD, Marc, "Réforme ou illusion? Une analyse des interventions de l'Etat québécois dans le domaine de la santé" in Sociologie et sociétés, avril 1977, vol. 9, no 1, pp. 127-152.

SANTE SOCIETE, numéro spécial, La santé et l'assistance publique au Québec, 1886-1986, 1986.

STRONG-BOAG, "Intruders in the Nursery : Childcare Professionals Reshape the Years One to five, 1920-1940" in Childhood and Family in Canadian History, Joy Parr, ed., Toronto, McClelland and Stewart, 1983, pp. 160-178.

THERRIEN, Rita et COULOMBE-JOLY, Louise, Rapport de l'AFEAS sur la situation des femmes au foyer, Montréal, Boréal Express, 1984.

UNGERSON, C., "Women and Caring : Skills, Tasks and Taboos" in The Public and the Private, E. Garmanikov, D.H.J. Morgan, J. Purvis et D. Taylasson, Londres, Heinemann, 1983, pp. 62-77.

VALENTINI, Hélène, Les rencontres prénatales : étude de représentations sociales de la grossesse, de l'accouchement et de la naissance, mémoire de maîtrise en anthropologie, Faculté des études supérieures, Université de Montréal, 1984.

VANDELAC, L., "Le New Deal des rapports hommes-femmes : big deal! Les illusions du partage des tâches" in Du travail et de l'amour, op. cit., pp. 313-366.

WALKER, A., "Care for Elderly People : A Conflict Between Women and the State" in A Labour of Love : Women, Work and Caring, J. Finch et D. Groves, ed., Londres, Routledge et Kegan Paul, 1983, pp. 106-128.

WALKER, A., Meeting the Needs of Canada's Elderly with Limited Resources : Some Observations on British Experience, Colloquium on Aging with Limited Health Resources, Manitoba, 1986.

WILSON, E., "Women, the Community and the Family" in Community Care, the Family, the State and Social Policy, Alan Walker ed., Londres, Blackwell et Robertson, 1982, pp. 40-55.

WOLFENDEN COMMITTEE, The Future of Voluntary Organisations, Londres, Croom Helm, 1978.

Rapports de recherche et synthèses critiques publiés dans le cadre du programme de recherche de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux.

1. Le rôle de l'Etat dans les services de santé et les services sociaux

No 1[1] Gilles Beausoleil - *Intervention socio-économique de l'Etat. Problèmes et perspectives.*
Gérard Bélanger - *La croissance du secteur public: une recension des écrits économiques*
Diane Bellemarre, Ginette Dussault, Lise Poulin Simon - *Regard économique sur le devenir de l'Etat.*
Jacques T. Godbout - *L'Etat localisé.*
Lionel Groulx - *L'Etat et les services sociaux.*
Réjean Landry - *Prospective des interventions de l'Etat.*
Frédéric Lesemann, Jocelyne Lamoureux - *Le rôle et le devenir de l'Etat-providence.*

2. La transformation du tissu social

No 2 Gilles Bibeau - *A la fois d'ici et d'ailleurs: les communautés culturelles du Québec dans leurs rapports aux services sociaux et aux services de santé.*

No 3 Doris Hanigan - *Le suicide chez les jeunes et les personnes âgées: une recension des écrits et propositions d'action.*

No 4 Frédéric Lesemann - *Les nouvelles pauvretés, l'environnement économique et les services sociaux.*

No 5 Monique Provost - *Les nouveaux phénomènes sociaux: la catégorie sociale "jeunesse".*

No 6 Marc Renaud, Sylvie Jutras, Pierre Bouchard - *Les solutions qu'apportent les Québécois à leurs problèmes sociaux et sanitaires.*

No 7 Eric Shragge, Taylor Létourneau - *Community - Initiated Health and Social Services.*

No 8 Rita Therrien - *La contribution informelle des femmes aux services de santé et aux services sociaux.*

No 9 Michel Tousignant et al. - *Utilisation des réseaux sociaux dans les interventions. Etat de la question et propositions d'action.*

3. L'évolution des indicateurs et des problèmes de santé

No 10 Ellen Corin - *Les dimensions sociales et psychiques de la santé: outils méthodologiques et perspectives d'analyse.*

No 11 John Hoey et al. - *L'Etat de santé des Québécois: un profil par région socio-sanitaire et par département de santé communautaire*

---

[1] *Ce document comprend 7 rapports publiés en un seul volume sous le titre "Le rôle de l'Etat."*

No 12 Jennifer O'Loughlin, Jean-François Boivin - *Indicateurs de santé, facteurs de risque liés au mode de vie et utilisation du système de soins dans la région centre-ouest de Montréal.*

4. Le cadre législatif, réglementaire et organisationnel du système des services de santé et des services sociaux

No 13 Paul R. Bélanger, Benoît Lévesque, Marc Plamondon - *Flexibilité du travail et demande sociale dans les CLSC.*

No 14 Jean Bernier et al. - *L'allocation des ressources humaines dans les conventions collectives des secteurs de la santé et des services sociaux.*

No 15 Jean Bernier, Guy Bellemarre, Louise Hamelin Brabant - *L'impact des conventions collectives sur l'allocation des ressources humaines dans les centres hospitaliers.*

No 16 Georges Desrosiers, Benoît Gaumer - *Des réalisations de la santé publique aux perspectives de la santé communautaire.*

No 17 Georges Desrosiers, Benoît Gaumer - *L'occupation d'une partie du champ des soins de première ligne par l'hôpital général: faits, conséquences, alternatives.*

No 18 Gilles Dussault, Jean Harvey, Henriette Bilodeau - *La réglementation professionnelle et le fonctionnement du système socio-sanitaire.*

No 19 Barbara Heppner, Linda Davies - *Analysis of the Division of Labour and the Labour Force in Social Service Structures in Québec: Towards a New Definition of Professionalism.*

No 20[1] Louise Hélène Richard, Patrick-A. Molinari - *L'organisation interne des établissements de santé et de services sociaux: modifications et mutations de 1981 à 1987.*
Jacques David, Andrée Lajoie - *L'évolution législative du régime de négociations collectives dans le secteur public québécois.*
Louise Hélène Richard, Patrick-A. Molinari - *Aspects juridiques de la structuration des établissements du réseau des affaires sociales.*
Louise Hélène Richard, Patrick-A. Molinari - *Les statuts des professionnels de la santé et le contrôle de leurs activités.*
Andrée Lajoie, Anik Trudel - *Le droit aux services, évolution 1981-1987.*

No 21 Deena White, Marc Renaud - *The Involvement of the Public Health Network in Occupational Health and Safety: a Strategic Analysis.*

---

[1]Ce document comprend 5 rapports publiés en un seul volume sous le titre "Le droit des services de santé et des services sociaux: évolution 1981-1987."

5. La place du secteur communautaire et du secteur privé et leurs rapports avec le réseau public

No 22 Jacques T. Godbout, Murielle Leduc, Jean-Pierre Collin - *La face cachée du système.*

No 23 Nancy Guberman, Henri Dorvil, Pierre Maheu - *Amour,bain, compriné ou l'ABC de la désinstitutionnalisation.*

No 24 Jocelyne Lamoureux, Frédéric Lesemann - *Les filières d'action sociale.*

No 25[1] Céline Mercier - *Désinstitutionnalisation, orientation générale des politiques et organisation des services sociaux.*

Céline Mercier - *Désinstitutionnalisation et distribution des services sociaux selon les types de clientèles, d'établissements, de régions.*

6. Les systèmes d'information

No 26 Daniel Pascot et al. - *Bilan critique et cadre conceptuel des systèmes d'information dans le domaine de la santé et des services sociaux.*

No 27 Martin Poulin, Georgette Béliveau - *L'utilisation et le développement de l'informatique dans les services sociaux.*

7. Les coûts et le financement du système des services de santé et des services sociaux

No 28 Clermont Bégin, Bernard Labelle, Françoise Bouchard - *Le budget: le jeu derrière la structure.*

No 29 André-Pierre Contandriopoulos, Anne Lemay, Geneviève Tessier - *Les coûts et le financement du système socio-sanitaire.*

No 30 Gilles DesRochers - *Financement et budgétisation des hôpitaux.*

No 31 Hélène Desrosiers - *Impact du vieillissement sur les coûts du système de santé et des services sociaux: les véritables enjeux.*

No 32 Thomas Duperré - *La perspective fédérale-provinciale.*

No 33 Pran Manga - *The Allocation of Health Care Resources: Ethical and Economic Choices, Conflicts and Compromise.*

No 34 Yvon Poirier - *Evolution et impact des structures de financement fédérales et provinciales sur la recherche en santé au Québec.*

No 35 Claude Quiviger - *Centres communautaires locaux de services sociaux et de santé: étude comparative Québec - Ontario.*

No 36 Lee Soderstrom - *Privatization: Adopt or Adapt?*

No 37 Yves Vaillancourt et al. - *La privatisation des services sociaux.*

---

[1]Ce document comprend 2 rapports publiés en un seul volume sous le titre "La désinstitutionnalisation: orientation des politiques et distribution des services".

8. Les services sociaux: évolution, comparaison, clientèles, évaluation

No 38 André Beaudoin – *Le champ des services sociaux dans la politique sociale au Québec.*

No 39 Elaine Carey-Bélanger – *Une étude comparative des systèmes de bien-être social avec référence particulière à l'organisation des services sociaux: Finlande, Suède, Québec.*

No 40 Marc Leblanc, Hélène Beaumont – *La réadaptation dans la communauté au Québec: inventaire des programmes.*

No 41 Jocelyn Lindsay, Chantal Perrault – *Les services sociaux en milieu hospitalier.*

No 42 Robert Mayer, Lionel Groulx – *Synthèse critique de la littérature sur l'évolution des services sociaux au Québec depuis 1960.*

No 43 Francine Ouellet, Christiane Lampron – *Bilan des évaluations portant sur les services sociaux.*

No 44 Marie Simard, Jacques Vachon – *La politique de placement d'enfants: étude d'implantation dans deux régions du Québec.*

9. Le développement de la technologie

No 45[1] Renaldo Battista – *La dynamique de l'innovation et de la diffusion des technologies dans le domaine de la santé.*
Gérard de Pouvourville – *Progrès technique et dépenses de santé: le rôle de l'intervention publique.*
Fernand Roberge – *La prospective technologique dans le domaine de la santé.*
David Roy – *Limitless Innovation and Limited Resources.*

Tous ces documents sont en vente dans les librairies de *Les Publications du Québec* ou par son comptoir postal.
(418)643-5150 ou 1-800-463-2100

---

[1]Ce document comprend 4 rapports publiés en un seul volume sous le titre "Le développement de la technologie"

O 11,473
Ex.2

E-2039

Therrien, Rita
Commission Rochon
La contribution informelle des femmes aux services de santé et ~~aux services sociaux~~

DATE	NOM

O 11,473
Ex.2

Le programme de recherche a constitué, avec la consultation générale et la consultation d'experts, l'une des trois sources d'information et l'un des principaux programmes d'activités de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux.

Ce programme avait notamment pour objectifs de contribuer à la compréhension des problèmes actuels du système des services de santé et des services sociaux, de vérifier l'impact de diverses hypothèses de solutions et, à plus long terme, de stimuler la recherche dans ce domaine.

Afin de rendre compte de ce programme de recherche, la Commission a décidé, sur recommandation du comité scientifique, de publier une collection des synthèses critiques et des recherches. Le présent document s'inscrit dans le cadre de cette collection.